RÉGIE RÉGIONALE
DE LA SANTÉ ET DES
SERVICES SOCIAUX
MONTÉRÉGIE

Plan de consolidation des services de santé et des services sociaux en Montérégie 1999-2002

ADOPTÉ PAR LE CONSEIL D'ADMINISTRATION

18 mars 1999

106-06040/

REMERCIEMENTS

Le comité *ad hoc* du conseil d'administration de la Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie désire souligner la contribution des diverses personnes qui ont rendu possible la réalisation du Plan de consolidation des services de santé et des services sociaux en Montérégie 1999-2002.

Des remerciements s'adressent tout d'abord à l'ensemble des représentants des organismes communautaires et bénévoles, des établissements du réseau de la santé et des services sociaux de la Montérégie et des partenaires des différents ministères et de l'intersectoriel qui ont présenté des avis sur la consolidation des services de santé et des services sociaux lors des audiences tenues par la Régie régionale.

Il importe de souligner le travail des membres du comité *ad hoc* du conseil d'administration de la Régie régionale composé de :

Henri Lamoureux, président du comité
Ghislaine Cournoyer
Jean-François Pomerleau
Mance Cléroux
Dominique Groison
Myroslaw Smereka

et de l'ensemble des membres du conseil d'administration qui ont participé aux rencontres de travail conduisant à l'adoption du plan de consolidation de même que le soutien offert par le directeur général et les membres de l'équipe de direction de la Régie régionale :

Claude Boily
André Giroux
Luc Boileau
Yvon Monette
Luce de Bellefeuille
Philippe Benoît
Krystyna Pecko

Mentionnons également la contribution soutenue des membres du comité noyau interne composé de :

Sylvie Lafrance
Andrée Martel
Colette Lambert
André Lussier
Luc Tremblay
Richard Côté
Micheline Fagnan
Jocelyne Audet

Enfin, le personnel de toutes les directions de la Régie régionale a été appelé à participer de façon intensive aux travaux entourant la réalisation des différents chapitres du plan de consolidation. Des remerciements s'adressent à chacun pour sa précieuse contribution.

Henri Lamoureux

Président du comité *ad hoc*

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS

GLOSSAIRE ____ *iii*

INTRODUCTION ____ *1*

SECTION I ____ *3*

1. CONTEXTE DANS LEQUEL EST ÉLABORÉ LE PLAN DE CONSOLIDATION ____ 3

1.1 CARACTÉRISTIQUES DE LA POPULATION DE LA MONTÉRÉGIE ____ 3

1.2CARACTÉRISTIQUES DU RÉSEAU MONTÉRÉGIEN ____ 3

1.3 POLITIQUE DE LA SANTÉ ET DU BIEN-ÊTRE ____ 4

1.4 « VERS UN VIRAGE SANTÉ ET BIEN-ÊTRE » ____ 5

1.5 PRIORITÉS NATIONALES 1997-2002 DE SANTÉ PUBLIQUE ____ 5

1.6 ORIENTATIONS MINISTÉRIELLES RÉCENTES ____ 5

2. MESURES DE TRANSFORMATION DU RÉSEAU MISES EN PLACE DEPUIS TROIS ANS ____ 8

SECTION II ____ *14*

3. VERS UN PLAN DE CONSOLIDATION : PRINCIPES DIRECTEURS ET ORIENTATIONS GÉNÉRALES ____ 14

3.1 PRINCIPES DIRECTEURS ____ 14

3.2 ORIENTATIONS GÉNÉRALES ____ 14

SECTION III ____ *18*

4. ORIENTATIONS RÉGIONALES PAR PROGRAMME CLIENTÈLE ____ 18

4.1 ALCOOLISME ET TOXICOMANIE ____ 18

4.2 DÉFICIENCE INTELLECTUELLE ____ 20

4.3 DÉFICIENCE PHYSIQUE ____ 21

4.4 JEUNES EN DIFFICULTÉ ET LEUR FAMILLE ____ 22

4.5 PERSONNES ÂGÉES EN PERTE D'AUTONOMIE ____ 24

4.6 SANTÉ MENTALE ____ 26

4.7 SANTÉ PHYSIQUE ____ 27

4.8 SANTÉ PUBLIQUE ____ 34

ORIENTATIONS RÉGIONALES QUI S'INSCRIVENT À L'INTÉRIEUR DE TOUS LES PROGRAMMES CLIENTÈLE ____ 42

5. ÉLÉMENTS QUI FACILITENT LE PASSAGE À L'ACTION ____ 46

5.1 NOUVELLES BALISES CONCERNANT LA TERRITORIALITÉ (MODÈLE PROPOSÉ) ____ 46

5.2 MODÈLE DE FINANCEMENT ____ 55
5.3 PLATEAUX TECHNOLOGIQUES IMPORTANTS ____ 59
5.4 RESSOURCES HUMAINES ____ 61
5.5 COMMUNICATIONS RÉGIONALES ____ 63
5.6 ÉVALUATION ____ 64
5.7 ENSEIGNEMENT ET RECHERCHE ____ 65

SECTION IV ____ *68*

6. IMPORTANCE D'ÉVALUER LES RÉSULTATS DU PLAN DE CONSOLIDATION ____ **68**

7. VERS UN PLAN D'ACTION ____ **70**

8. SOURCES DOCUMENTAIRES ____ **72**
8.1 PROVENANCE DES AVIS DANS LE CADRE DES AUDIENCES ____ 72
8.2 SOURCES BIBLIOGRAPHIQUES ____ 73

GLOSSAIRE

CH	Centre hospitalier
CHA	Centre hospitalier affilié
CHSLD	Centre d'hébergement et de soins de longue durée
CHSGS	Centre hospitalier de soins généraux et spécialisés
CJM	Centres jeunesse de la Montérégie
CLSC	Centre local de services communautaires
CQRS	Conseil québécois de recherche sociale
CR	Centre de réadaptation
CRPDP	Centre de réadaptation pour les personnes ayant une déficience physique
CRPDI	Centre de réadaptation pour les personnes présentant une déficience intellectuelle
CRPAT	Centre de réadaptation pour les personnes alcooliques et autres toxicomanies
CSN	Confédération des syndicats nationaux
DRMG	Département régional de médecine générale
EXTRA	Programme Expérience de travail
FIIQ	Fédération des infirmiers et infirmières du Québec
FRSQ	Fonds de recherche en santé du Québec
FTQ	Fédération des travailleurs du Québec
MRC	Municipalité régionale de comté
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
MTS	Maladie transmissible sexuellement
ORG.COM.	Organismes communautaires et bénévoles
PAPA	Personnes adultes en perte d'autonomie
PROM-PRÉV.	Promotion-prévention
PROS	Plan régional d'organisation de services
PRSP	Programme régional de santé publique
PSBE	Politique de la santé et du bien-être
RTSS	Réseau de télécommunication sociosanitaire
SIC	Système d'information clientèle (CLSC)
SICHELD	Système d'information « clientèle en centre d'hébergement et de longue durée »
SIDA	Syndrome d'immunodéficience acquise
SIVET	Service d'interprétation visuelle et tactile
TROC-M	Table régionale des organismes communautaires de la Montérégie
VIH	Virus d'immunodéficience humaine
VSBE	Vers un virage santé et bien-être

INTRODUCTION

Après trois années de transformation des services de santé et des services sociaux, la Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie se tourne résolument vers l'avenir pour mettre de l'avant les orientations qui viendront guider l'organisation des services de santé et des services sociaux des prochaines années.

Le Plan de consolidation des services de santé et des services sociaux en Montérégie 1999-2002 vient faire le pont entre les mesures de transformation mises en place au cours des trois dernières années et de nouvelles mesures qui viendront, cette fois, consolider le réseau de services ainsi transformé.

Les travaux devant mener à l'élaboration du plan de consolidation remontent à un exercice de priorisation effectué à la suite d'une consultation des comités sous-régionaux des programmes clientèle conduite à l'hiver 1998. Cet exercice a mené à la préparation d'un bilan 1995-1998 (effectué durant l'été 1998). Les priorités mises de l'avant dans ce dernier ont par la suite servies de base à l'ensemble du plan de consolidation.

Le plan de consolidation a tenu compte, tout au long de son élaboration, des actions effectuées durant la transformation du réseau « Vers un virage santé et bien-être » et des récentes orientations ministérielles [1] qui tracent les grandes balises de la consolidation.

Le plan de consolidation proposé par la Régie vise essentiellement à :

- donner à la Montérégie les moyens pour atteindre les objectifs de santé et de bien-être;
- assurer l'accessibilité aux services à la population de tout le territoire de la Montérégie;
- agir de manière concertée et convergente;
- mettre de l'avant un mode d'évaluation continue.

La démarche d'élaboration du plan de consolidation n'aurait pas été complète sans une consultation majeure auprès des principaux acteurs du réseau montérégien pour alimenter les orientations finales du plan de consolidation.

En ce sens, la Régie régionale a favorisé la formule d'audiences sur invitation comme mécanisme de consultation de l'ensemble des établissements, des organismes communautaires et bénévoles et des partenaires des différents ministères et de l'intersectoriel. Ainsi, plus de 1 000 invitations ont été envoyées pour le dépôt et la présentation d'avis sur les divers éléments du plan de consolidation.

Les audiences se sont tenues tout au long de la semaine du 7 au 11 décembre 1998 et ont donné lieu au dépôt de soixante-sept mémoires ou avis sur la consolidation des services de santé et des services sociaux des trois prochaines années.

Elles ont permis aux participants de présenter leur analyse des problèmes rencontrés à l'heure actuelle dans le secteur de la santé et des services sociaux. Ils en ont également profité pour faire part de leurs demandes visant à améliorer divers aspects du système.

A l'occasion des audiences, la Régie régionale a recueilli une multitude de commentaires qui ont été répertoriés et analysés afin de faire ressortir ceux qui pouvaient guider les actions de consolidation des services à la population.

Les travaux de synthèse du contenu des audiences se sont poursuivis au cours du mois de décembre 1998 et d'une partie de janvier 1999. Le conseil d'administration de la Régie régionale a, par la suite, effectué en février et mars 1999, plusieurs rencontres de travail portant sur l'analyse des commentaires en provenance des audiences en vue de bonifier les éléments du plan de consolidation.

Les pages qui suivent présentent le contexte dans lequel est élaboré le plan de consolidation et présente également le sommaire des mesures de transformation mises en place depuis trois ans, pour ensuite aborder les principes directeurs et les orientations générales du plan de consolidation 1999-2002. Le document décrit ensuite les orientations régionales de consolidation et les priorités d'action suggérées aux paliers local et régional pour chacun des programmes clientèle. En

[1] *Les services à la population 1998-1999 à 2000-2001*, MSSS, 1998; *Nos convictions : Les assises du système*, MSSS, 1998.

complément, suivent les orientations régionales qui s'inscrivent à l'intérieur de tous les programmes clientèle.

Bien que l'élaboration du plan de consolidation des services de santé et des services sociaux en Montérégie mette l'emphase sur les programmes clientèle, la planification des trois prochaines années se réalisera également en tenant compte d'actions essentielles qui viendront appuyer les programmes touchant les services et qui s'effectueront autant dans des chantiers majeurs de travail (territorialité, modèle de financement, etc.) que dans les éléments de support du réseau tels que les ressources informationnelles, les ressources humaines, etc. Le chapitre consacré à ces « éléments charnière » met de l'avant des orientations régionales et des priorités locales et régionales.

Enfin, le document se termine par la présentation des principes d'évaluation du plan de consolidation et par un ensemble de conditions facilitant la réalisation d'un plan d'action annuel qui viendra éventuellement détailler les moyens de réalisation, l'évaluation des coûts des activités prioritaires et l'échéancier de réalisation.

SECTION I

1. CONTEXTE DANS LEQUEL EST ÉLABORÉ LE PLAN DE CONSOLIDATION

Dans son élaboration, le plan de consolidation tient compte, dans un premier temps, du contexte formé par les caractéristiques démographiques et socioécono-miques de la population de la Montérégie et par l'organisation même du réseau de la santé et des services sociaux.

1.1 CARACTÉRISTIQUES DE LA POPULATION DE LA MONTÉRÉGIE

De façon générale, la population de la Montérégie continue d'augmenter, de vieillir et s'est appauvrie au cours des dernières années. Plusieurs données permettent de tracer un bref portrait de l'évolution des différents groupes d'âge.

Les estimations de population pour 1998 montrent que la Montérégie compte 1 364 362 personnes, soit 3,8 % de plus qu'en 1995. Les projections démographiques prévoient que la population augmentera de 3,4 % d'ici l'an 2001.

Dans ses prévisions, le Bureau de la statistique du Québec mentionne que le groupe de personnes âgées de 55 ans et plus augmentera de 47 % entre les années 1996 et 2006. Ce phénomène conférera à ce groupe d'âge un poids démographique accru puisqu'en 2006, les 55 ans et plus représenteront près de 25 % de la population totale de la Montérégie en comparaison avec seulement 18,7 % en 1996. Le phénomène du vieillissement de la population, présent partout au Québec, fait en sorte que depuis les vingt dernières années, le nombre de personnes âgées de 65 ans et plus a connu une croissance de 109 % en Montérégie par rapport à 79 % pour l'ensemble du Québec. L'augmentation du nombre de personnes âgées de 75 ans et plus est également à considérer puisqu'en Montérégie, plus d'un aîné sur trois est maintenant âgé de 75 ans et plus.

En regard des caractéristiques socioéconomiques, on dénombrait en 1991, 171 725 personnes vivant sous le seuil de faible revenu (c'est-à-dire qui consacrent plus de 56,2 % du budget annuel total pour se procurer les biens de première nécessité). Malgré que la donnée de 1996 ne soit pas encore disponible pour la Montérégie, on peut estimer sur la base des chiffres québécois que le phénomène de la pauvreté touche maintenant plus de 200 000 Montérégiens de tous âges, soit près de 17% de la population. Pour sa part, le taux de chômage atteignait 9,3 % en 1996 en Montérégie, comparativement à 11,8 % au Québec.

De plus, au recensement de 1996, on comptait 51 180 familles monoparentales en Montérégie, soit 14,4 % de l'ensemble des familles (lorsqu'étalé sur les différents territoires de CLSC, ce nombre oscille entre 10 % et 26 % selon les endroits).

La Montérégie compte plus de 75 000 personnes provenant de diverses communautés ethnoculturelles, ce qui représente 6,1 % de sa population totale. Après Montréal, elle est la région qui compte le plus de population immigrée par rapport à l'ensemble du Québec.
Au cours des vingt dernières années, la Montérégie a doublé le nombre de sa population immigrée (passant de 37 620 personnes en 1976, à 75 540 personnes en 1996).
Les diverses communautés ethnoculturelles se concentrent principalement (à 55,3%) sur le territoire de la MRC Champlain (villes de Brossard, Greenfield Park, Longueuil, St-Hubert, St-Lambert) et dans certaines villes situées à proximité de Montréal (Châteauguay, La Prairie, St-Bruno-de-Montarville, Boucherville).
Les diverses communautés ethnoculturelles proviennent surtout de l'Europe (45,7 %); de l'Asie (23,1 %); des Amériques (21,7 %) et de l'Afrique (9,2 %)[2].

1.2 CAR... MON...

Annee	Population totale	POPULATION SE... 0-5 ans	6-11 ans
1998	1 364 362	100 368	109 381
1998 %	100%	7,4%	8,0%
2001	1 409 964	99 176	111 213
2001 %	100%	7,0%	7,9%
Écart %	3,4	-1,2	+1,7

La Régie régio... Montérégie a pour mission de contribuer au maintien et à l'amélioration... de son territoire. Pour réaliser cette mission, elle peut compter sur un ensemble de ressources qui composent le réseau de la santé et des services sociaux :

[2] *Recensement 1996*, MRCI, 1998

- 72 établissements publics et privés :
  - 15 centres locaux de services communautaires (CLSC);
  - 4 centres locaux de services communautaires et centres d'hébergement et de soins de longue durée (CLSC-CHSLD);
  - 13 centres d'hébergement et de soins de longue durée publics (CHSLD);
  - 22 centres d'hébergement et de soins de longue durée privés conventionnés et non conventionnés (CHSLD);
  - 10 centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés (CHSGS);
  - 5 centres de réadaptation publics (CR);
  - 1 établissement régional à vocation jeunesse (CJ); et
  - 2 centres de réadaptation privés (CR);
- près de 500 groupes communautaires, dont 291 organismes communautaires et bénévoles subventionnés par la Régie régionale;
- près de 1 400 places en ressources intermédiaires, incluant les ressources de type familial;
- des collaborateurs et collaboratrices dans les secteurs d'activité suivants : transport, éducation, justice, municipalités et main-d'œuvre, etc.

La région compte également un centre d'enseignement universitaire et de recherche clinique (CHA) affilié à la Faculté de médecine de l'Université de Sherbrooke et un centre de formation universitaire (CLSC) affilié à l'Université de Montréal. De plus, plusieurs établissements reçoivent des stagiaires de niveaux collégial et universitaire dans différentes disciplines de la santé et des services sociaux.

1.3 POLITIQUE DE LA SANTÉ ET DU BIEN-ÊTRE[3]

Au début des années 90, le ministère de la Santé et des Services sociaux dévoilait sa Politique de la santé et du bien-être (PSBE) axée sur dix-neuf objectifs précis cherchant à réduire les problèmes de santé et sociaux les plus importants. Dans les mois qui ont suivi, une vaste consultation était entreprise par la Régie régionale afin de prioriser les moyens d'action correspondant aux problématiques de :

- la santé physique;
- la santé publique;
- l'adaptation sociale;
- la santé mentale;
- l'intégration sociale.

Cette politique repose également sur six stratégies dont une vise à réorienter le système de santé sur les actions les plus efficaces. Les actions entreprises dans la région ont été orientées vers la rencontre de ces objectifs à travers le plan triennal 1994-1997 sur la Politique de la santé et du bien-être.

Il est trop tôt pour mesurer l'atteinte des objectifs mais l'analyse des données préliminaires montre qu'il reste beaucoup à faire en Montérégie pour atteindre d'ici 2002 les résultats tangibles

[3] *La Politique de la santé et du bien-être*, MSSS, 1992

au niveau de la plupart des problématiques de santé et de bien-être. Plusieurs facteurs peuvent expliquer ces difficultés, entre autres, le choix de dix-neuf objectifs de santé à atteindre pour l'ensemble de la Montérégie, les transformations importantes du réseau de soins et de services en cours depuis 1995 et la complexité de la mise en place des actions intersectorielles tant aux plans local que régional.
En outre, au-delà des actions portant sur les déterminants « santé » des problèmes, il est de plus en plus clair qu'il faudra se préoccuper davantage des déterminants sociaux de la santé et du bien-être, à savoir la pauvreté, l'exclusion des jeunes et des personnes âgées, le besoin d'emploi, le manque de liens sociaux. Cette préoccupation s'inscrit étroitement dans le sens des stratégies d'implantation de la PSBE.
La période de stabilisation et de consolidation du réseau de la santé et des services sociaux, conjuguée à une vision renouvelée des structures participatives et de la territorialité, devrait permettre de relancer les opérations entourant la poursuite d'objectifs de santé et de bien-être. En plus des interventions de santé publique à développer et des services à orienter en fonction de l'atteinte d'objectifs, il apparaît maintenant essentiel d'y adjoindre des priorités d'action intersectorielles comme le renforcement du milieu familial, le renforcement du milieu scolaire, le développement et le renforcement des réseaux sociaux, l'accès au travail et la réduction de la pauvreté.

1.4 « VERS UN VIRAGE SANTÉ ET BIEN-ÊTRE »

Le plan de consolidation demande de garder constamment présents à l'esprit, les objectifs du plan de transformation « Vers un virage santé et bien-être » 1995-1998 pour les mettre en perspective avec les principes directeurs et les orientations générales de la consolidation.
Durant les trois années de transformation, les choix de la Montérégie se sont actualisés dans le cadre des objectifs généraux suivants :

- Améliorer l'état de santé de la population de manière efficace et efficiente par le biais des services de santé et des services sociaux;
- reconfigurer les services afin d'améliorer les services à la population et de dégager des marges de manoeuvre;
- évaluer la performance des dispensateurs de services;
- ajuster la gestion des ressources humaines en fonction des changements apportés par la transformation du réseau;
- informer la population en regard des rôles et responsabilités individuels et collectifs rattachés aux changements apportés par la transformation du réseau.

1.5 PRIORITÉS NATIONALES 1997-2002 DE SANTÉ PUBLIQUE

Le ministère de la Santé et des Services sociaux, en collaboration avec les Directions régionales de santé publique, a déterminé des priorités d'action qui devraient constituer la base de l'action commune menée au Québec d'ici 2002 par les partenaires de santé publique. En Montérégie, ces priorités d'action nationales seront ancrées dans l'ensemble du processus de programmation et d'allocation des ressources qui découleront du Plan de consolidation.

Ces priorités d'action nationales rejoignent les aspects suivants :

- Le développement et l'adaptation sociale des enfants et des jeunes;
- les maladies évitables par l'immunisation;
- le VIH-SIDA et les maladies transmissibles sexuellement (MTS);
- le dépistage du cancer du sein;
- le tabagisme;
- les traumatismes non intentionnels et les traumatismes intentionnels (la violence envers les personnes, le suicide);
- l'alcoolisme et les toxicomanies.

1.6 ORIENTATIONS MINISTÉRIELLES RÉCENTES

En octobre 1997, le ministre Jean Rochon entreprend une tournée de chacune des régions du Québec afin de :

- faire le point sur la situation et sur le chemin parcouru après trois ans d'efforts de transformation du système;
- établir le pont avec la prochaine période triennale qui en sera une de consolidation.

Un an après, en septembre 1998, le ministre Rochon revient dans les régions annoncer les orientations pour les trois prochaines années.

« C'est autour de l'amélioration de l'accessibilité que sont canalisées les énergies et mobilisés l'ensemble des acteurs engagés au sein du réseau de la santé et des services sociaux. Le principal moyen pour atteindre cet objectif repose sur les réseaux de services intégrés qui, non seulement permettent un meilleur accès pour la population, mais offrent également des garanties d'une plus grande qualité des services[4]. »
Partant d'un objectif commun d'accessibilité, la réalisation d'un réseau de services intégrés aux niveaux local, régional et national repose sur cinq principes d'action et quatre priorités :
Cinq principes d'action :

- Le territoire local comme base d'organisation de services locaux;
- la région comme centre de la coordination des services;
- des paramètres nationaux pour l'équité;
- une gestion fondée sur des résultats;
- l'imputabilité des acteurs;

et quatre priorités :

- Assurer la qualité;
- consolider les services de base requis;
- accroître l'accessibilité aux services;
- consolider les réseaux hospitaliers universitaires.

Finalement, deux documents complémentaires récents émanant du Ministère intitulés « Nos convictions, Les assises du système » et « Notre souci, toujours mieux informer la population » viennent réaffirmer des valeurs fondamentales du système de services de santé et de services sociaux et les traduire selon la réalité d'aujourd'hui :

- L'universalité : les services de santé et les services sociaux sont et resteront universels[5];
- l'équité : l'accès à l'ensemble des services doit maintenant être organisé à partir de services de base accessibles dans chaque territoire local. Quant aux services spécialisés, ils doivent être organisés soit sur une base régionale, soit sur une base nationale[5];
- un système public : en optant pour l'universalité et l'équité dans la distribution des services, nous faisons nécessairement le choix d'un système public. Le secteur privé peut, par ailleurs, constituer un partenaire pour certaines fonctions ou certaines activités complémentaires[5].

Un principe central dicté par l'évolution récente et l'expérience de la transformation s'ajoute à cette liste. Ce principe est :

- l'adaptation continue : pour un système souple afin de faire face à une demande de services qui se diversifie, à un déplacement graduel du lieu de services et pour répondre à un impératif de performance[5].

---

4 *Les services à la population 1998-1999 à 2000-2001*, MSSS, 1998
5 *Nos convictions : Les assises du système*, MSSS, 1998

2. MESURES DE TRANSFORMATION DU RÉSEAU MISES EN PLACE DEPUIS TROIS ANS

Au terme de la réalisation du plan stratégique triennal 1995-1998 de transformation du système de santé et de services sociaux de la Montérégie intitulé « Vers un virage santé et bien-être » (VSBE), il apparaît important, avant de passer à la prochaine étape de consolidation des services de santé et des services sociaux, de voir dans quel contexte et de quelle façon se sont concrétisées les orientations de la transformation dans les thèmes suivants :

LA TRANSFORMATION DES SERVICES

La transformation des services s'est principalement réalisée par le déplacement des clientèles vers des ressources plus légères. Des facteurs tels que les développements technologiques en médecine et les changements d'approche clinique, notamment dans le cas des examens préopératoires, ont favorisé cette transition de modèle. La fermeture de lits de courte durée et le développement d'une variété de ressources d'hébergement facilitant le maintien des personnes dans leur milieu de vie naturel ont également contribué au cheminement vers des mesures plus légères. Pour leur part, la diminution de la durée des séjours en centre hospitalier, l'accroissement des hospitalisations d'un jour dans le cas de chirurgies de même que l'accroissement des services ambulatoires sont venus modifier considérablement la nature de l'offre de services à la population.

Ces changements ont cependant eu des impacts importants en termes d'augmentation des délais des listes d'attente pour les chirurgies d'un jour et d'augmentation de la demande pour les services des divers établissements, notamment les services externes des centres hospitaliers, les services courants des CLSC, les services de soutien à domicile, les hôpitaux de jour, etc.

Soulignons, par ailleurs, les efforts particuliers consentis dans les secteurs de la dialyse rénale, de la réadaptation en déficience physique chez les 0-12 ans, de la désintoxication et de l'hébergement prolongé, par le rehaussement financier de lits, par l'ajout de nouveaux lits et par la transformation de lits de longue durée vers des ressources substituts.

Les principales contraintes aux mesures de transformation sont liées au manque de disponibilité budgétaire, en ce sens qu'il y a eu discordance entre les crédits alloués et les besoins priorisés, entre autres, dans les plans régionaux d'organisation de services (PROS).

L'atteinte des cibles de transformation a aussi été ralentie considérablement par les marges de manoeuvre limitées qu'ont eues les établissements pour transformer les ressources et du fait que la Montérégie a été durement touchée par une diminution importante de ses ressources humaines.

L'ACCESSIBILITÉ AUX SERVICES

Le principe du maintien de l'accessibilité aux services a sous-tendu les actions de transformation qui ont principalement porté sur :

- l'intensification des services de première ligne, soit :
  - l'augmentation des heures moyennes d'ouverture des CLSC;
  - la diminution du temps d'attente au service Info-Santé CLSC (délais actuels variant entre 122 et 231 secondes pour la centrale régionale);
  - l'augmentation des services de soutien à domicile des CLSC qui rejoignent une clientèle présentant des problématiques de plus en plus lourdes (augmentation du nombre de clients et du nombre d'interventions par client);
  - la diminution des délais d'attente pour des prélèvements de laboratoire (qui sont passés de 7 à 8 semaines à certains endroits, à 0 temps d'attente grâce aux centres sans rendez-vous);
- l'augmentation des ressources légères telles que les ressources de type familial dans certains secteurs et le développement des services en toxicomanie;
- l'implication accrue des organismes communautaires et bénévoles : les organismes subventionnés par la Régie régionale dans le cadre du programme de soutien aux organismes communautaires ainsi que dans le cadre des programmes clientèle et pour des activités de promotion-prévention qui ont vu leurs budgets augmenter de 29,9 % ou 5,5 millions $ sur trois ans.

  Cette façon de faire a permis de soutenir la contribution des organismes communautaires aux services de santé et aux services sociaux et de répondre à une pression accrue sur la demande de

services directs dans les différentes communautés dont les organismes sont issus. Les effets du virage ambulatoire se sont répercutés par une augmentation de la clientèle et des services d'un certain nombre d'organismes communautaires; c'est le cas, entre autres, des centres d'action bénévole qui ont vu leur clientèle et le nombre des services offerts croître de 20 %;

- le rapatriement des clientèles relié à la transformation du réseau de la région de Montréal-Centre a eu un double impact : d'une part, une augmentation des hospitalisations en Montérégie en raison de la fermeture des centres hospitaliers de Montréal-Centre et d'autre part, une augmentation des services ambulatoires pour les clientèles qui reçoivent des chirurgies et des traitements dans les hôpitaux de Montréal-Centre et qui reviennent sur le territoire montérégien pour les services posthospitaliers.

  Le rapatriement des clientèles s'est également effectué pour la clientèle en santé mentale (adulte anglophone) recevant auparavant des services externes à Montréal et pour la clientèle des jeunes en difficulté.

  Parce que la Régie régionale préconise le développement de l'autonomie de la Montérégie dans les services de base et spécialisés pour sa population, elle a investi 15,5 millions $ pour compenser l'augmentation des services engendrée par la transformation de Montréal-Centre;

- le développement de nouveaux services :
  - L'accès au Service d'interprétation visuelle et tactile (SIVET) pour des services à la clientèle de la Montérégie;
  - le développement de services spécifiques à la clientèle autiste;
  - le développement de lits de réadaptation fonctionnelle intensive pour les personnes qui ont subi des traumatismes multiples et sévères;
  - un projet de création d'une centrale de coordination et de répartition des appels d'urgence (services préhospitaliers);
  - un cadre d'implantation des services de premiers répondants;
  - de nouvelles modalités d'intervention dans le secteur préhospitalier d'urgence (Cardio-Pump, défibrillateur, etc.).

Malgré tous ces investissements en vue d'améliorer l'accès aux services, des difficultés d'accessibilité demeurent, particulièrement pour les clientèles qui présentent des problèmes sévères multiples touchant plusieurs programmes clientèle.

LES INTERVENTIONS DE SANTÉ PUBLIQUE

La transformation a amené des progrès dans les investissements en promotion-prévention (ex. : toxicomanie / MTS-SIDA, développement de l'enfant par la stimulation précoce, usage des médicaments chez les personnes âgées, santé mentale, etc.); les interventions de santé publique ont porté sur les solutions les plus efficaces et les moins coûteuses.

Deux secteurs, ceux de la santé dentaire et de la santé scolaire ont cependant connu des phases de désinvestissement en promotion-prévention.

Les démarches de planification et de programmation de la santé publique se sont effectuées par le biais des cibles d'action du Programme régional de santé publique qui visent quinze déterminants de la santé, par l'inventaire des activités de promotion-prévention en CLSC, par la mise en place d'une programmation concertée en jeunesse et par l'implantation progressive du programme de dépistage du cancer du sein.

LES RÉORGANISATIONS ADMINISTRATIVES

En Montérégie, les efforts de réorganisation administrative se sont faits sur la base du volontariat et à la faveur des opportunités qui se sont présentées.

Les rapprochements administratifs ont donné lieu à :

- 9 regroupements (3 CLSC/CHSLD et 6 parmi les CHSLD);
- 4 fusions (1 CLSC/CHSLD dans les installations des Centres jeunesse de la Montérégie et dans les Centres de réadaptation pour les personnes présentant une déficience intellectuelle (CRPDI);
- 2 intégrations (1 centre hospitalier de soins de longue durée avec 1 CLSC et 1 installation dans un CRPDI avant la fusion).

LES RESSOURCES HUMAINES

La transformation du réseau de la santé et des services sociaux montérégien a donné lieu à des réorganisations administratives et à des mouvements majeurs du personnel des établissements. La réduction du personnel d'encadrement a été privilégiée le plus possible afin d'éviter de réduire dans les services directs à la clientèle. Les abolitions de poste ont touché 17 % du personnel d'encadrement comparativement à 1,3 % chez les salariés du réseau.

Les mesures de départs volontaires à la retraite ont eu un impact très important en Montérégie puisque les prévisions d'atteinte d'un équivalent de 39 millions $ ont été largement dépassées; dans les faits, le nombre de départs a plutôt atteint un équivalent de 61 millions $. Des mesures d'allégement en provenance du ministère de la Santé et des Services sociaux ainsi que des mesures compensatoires en provenance de la Régie régionale sont venues atténuer l'effet de ces départs pour un impact net de 3 millions $ à la fin de l'exercice.

Ces départs ont laissé un vide quant à l'expérience et à l'expertise du personnel, particulièrement en ce qui concerne le personnel infirmier; il a fallu alors pallier par un investissement accéléré dans la formation.

Les heures travaillées ont été marquées par une augmentation de la proportion des heures dans les services cliniques au détriment des services administratifs et de fonctionnement; l'objectif était de favoriser le maintien des services à la clientèle.

Sur le plan des effectifs médicaux, la Montérégie atteint 87 % de ses objectifs pour le nombre de médecins omnipraticiens et 88 % pour les médecins spécialistes. Des problèmes de recrutement chronique sont vécus en anesthésie, en psychiatrie et en néphrologie, ce qui a des impacts, entre autres, sur la chirurgie d'un jour et sur le secteur de la dialyse rénale.

LES RESSOURCES FINANCIÈRES

Malgré un budget global de 908,3 millions $ en 1997-1998 pour les établissements du réseau, la Montérégie affiche une pauvreté historique et un état de dépendance vis-à-vis les ressources d'autres régions, en particulier celles de Montréal-Centre. Le sous-financement des programmes clientèle en Montérégie et sa relative dépendance ont constitué des enjeux majeurs et des facteurs déterminants dans les limites de la transformation des services.

Le portrait des ressources financières a été marqué par des efforts budgétaires considérables demandés aux établissements pour faire face à des compressions de l'ordre de 51,6 millions $ sur trois ans, auxquelles se sont ajoutés des efforts de croissance évalués à 45 millions $ (augmentations salariales d'échelons et indexation au coût de la vie). Des réallocations de 66 millions $ ont par ailleurs été effectuées dans le cadre de ces trois années.

L'ensemble de ces éléments ajoutent à la pression déjà forte, sur les dispensateurs de services, quant à leur capacité de rendre les services.

LES RESSOURCES MATÉRIELLES

Au cours des 3 dernières années, 13 des 19 projets prévus dans le cadre de l'opération provinciale de l'ajout de 2 000 lits de longue durée ont été amorcés dont trois complétés pour un total de 76 lits supplémentaires en Montérégie, alors que le secteur jeunesse bénéficiait de la création de 84 places.

Des mesures de rationalisation dans les locations d'espaces initiées durant la période de transformation permettent d'escompter un potentiel de récupération en valeur économique de 2 millions $ d'ici l'an 2000.

Quant aux priorités d'achat, elles ont principalement été attribuées à des équipements associés aux mesures de virage ambulatoire (laparoscopie, appareils de dialyse rénale, numérisation en radiologie, etc.) et aux activités de modernisation du réseau (ex : déploiement informatique).

L'INFORMATION À LA POPULATION

À mi-chemin de la transformation du réseau, un sondage auprès de la population montérégienne est venu démontrer que cette dernière était globalement satisfaite des services reçus, mais qu'elle craignait pour l'avenir de la qualité et de l'accessibilité des services. Elle souhaitait, par la même occasion, être informée davantage des changements.

Dans le but de jeter les bases d'une véritable communication structurée et à portée régionale, envers la population et le réseau, la Régie régionale a développé un plan régional de communication visant à soutenir la mise en oeuvre de la transformation et à guider les stratégies et les actions de communication.

L'information à la population a donc pris la forme de placement média, de brochures explicatives, de communiqués de presse, d'articles dans les revues, de messages radiophoniques et de soutien à des activités de communication sous-régionales.

La création d'un comité régional de communication composé de responsables des communications représentatifs des divers établissements et sous-régions de la Montérégie, est venue assurer les liens nécessaires avec le réseau dans la structuration des communications régionales.

L'ÉVALUATION DES SERVICES

Bien que l'évaluation de l'ensemble des services offerts à la population soit une préoccupation constante pour la Régie régionale, le processus d'évaluation n'a pas encore atteint l'ampleur désirée.

Les nombreux changements en cours durant la transformation du réseau laissaient peu de place à une évaluation globale et structurée. Ce sont, de façon majoritaire, des activités d'évaluation ponctuelle qui ont été réalisées : entre autres, les pavillons en santé mentale, les projets novateurs en jeunesse, les programmes EXTRA et les services préhospitaliers.

Par ailleurs, en matière de santé publique, l'évaluation et le monitorage ont été réalisés dans les secteurs de la santé dentaire, de la lutte au tabagisme, de la prévention des MTS et du SIDA; ont aussi été évalués, des projets financés dans le cadre des PROS en toxicomanie, en santé mentale et en services aux personnes âgées, notamment le programme Viactive et le programme « Les médicaments, oui!...non!...mais! ».

LES CONSTATS APRÈS TROIS ANNÉES DE TRANSFORMATION

Les contraintes rencontrées dans les mesures de transformation

La transformation du réseau de la santé et des services sociaux montérégien effectuée entre 1995 et 1998 s'est réalisée dans le cadre d'impératifs financiers qui ont impliqué :

- une réduction maximum des marges de manoeuvre;
- une recherche des moyens les plus efficients et efficaces;
- des efforts dans la performance du réseau sur l'amélioration des coûts unitaires des interventions de santé et de services sociaux;
- une adaptation du réseau en vertu des compressions aux établissements.

La conjonction des besoins grandissants de la population, des mesures de transformation mises en place et des efforts budgétaires demandés au réseau, a créé une pression très forte allant jusqu'à compromettre parfois l'accessibilité de certains services, ce qui a eu pour résultante l'actualisation partielle des orientations ministérielles et régionales. De plus, l'importance mise sur l'adaptation des services aux nouvelles exigences du virage ambulatoire a causé une certaine érosion des

actions de promotion-prévention au profit des services curatifs.

Le contexte particulier pour l'avenir

La capacité d'adaptation et les efforts d'amélioration des performances des établissements du réseau en termes d'efficacité et d'efficience ont été au cœur des plans de transformation des trois dernières années. Cette façon de faire a cependant atteint une limite à respecter pour préserver l'accessibilité et la qualité des services à la population.

La recherche d'une équité dans les ressources investies en santé et services sociaux au plan provincial demeurera l'enjeu central de la Montérégie. La région affiche un manque à gagner estimé à 226,3 millions $ en 1996-1997 pour atteindre le niveau moyen de financement observé à l'échelle du Québec dans l'ensemble des programmes clientèle, ce qui vient toujours ajouter à la difficulté des transformations.

SECTION II

3. VERS UN PLAN DE CONSOLIDATION : PRINCIPES DIRECTEURS ET ORIENTATIONS GÉNÉRALES

L'analyse des mesures de transformation ainsi que les orientations ministérielles ont amené l'énoncé de principes directeurs et d'orientations générales qui viennent guider les choix proposés dans le plan de consolidation.
Toutefois, il apparaît approprié de situer en préalable à ceux-ci, le rappel et le partage d'une définition commune de la santé et du bien-être, telle que prescrite par la Loi sur les services de santé et les services sociaux et reprise dans le cadre de la Politique de la santé et du bien-être, soit :
« La capacité physique, psychique et sociale d'une personne d'agir dans son milieu et d'accomplir les rôles qu'elle entend assumer, d'une manière acceptable pour elle-même et pour les groupes dont elle fait partie.[6] »
Cette définition impose le respect de la personne dans sa globalité et sa dignité, ce qui doit se traduire par une organisation de services reconnaissant le pouvoir de décision de la personne sur les différents aspects de sa vie.

3.1 PRINCIPES DIRECTEURS

Le plan repose sur les principes directeurs suivants :

LE MAINTIEN ET L'AMÉLIORATION DE LA SANTÉ DES MONTÉRÉGIENS;

UNE OFFRE DE SERVICES DE QUALITÉ AUX MONTÉRÉGIENS EN MONTÉRÉGIE;

UN RÉSEAU STRUCTURÉ D'ÉTABLISSEMENTS ET DE PARTENAIRES CAPABLES D'OFFRIR UNE GAMME COMPLÈTE ET CONTINUE DE SERVICES;

UNE PRÉOCCUPATION MAJEURE ENVERS L'ÉVALUATION QUALITATIVE DES SERVICES.

Les orientations générales que la Régie régionale met de l'avant sont étroitement reliées à ces quatre grands principes. Elles découlent des grandes orientations ministérielles et s'inscrivent dans un contexte évolutif. La Montérégie veillera à les ajuster en fonction de toute nouvelle orientation en provenance du Ministère.

3.2 ORIENTATIONS GÉNÉRALES

DANS LE CADRE DU MAINTIEN ET DE L'AMÉLIORATION DE LA SANTÉ DES MONTÉRÉGIENS :

Assurer l'accessibilité aux services pour toute la population du territoire

La problématique de l'accessibilité aux services demeure un défi majeur en Montérégie. Bien que la richesse relative des programmes clientèle se soit améliorée durant les trois dernières années, des efforts devront encore être consentis pour rejoindre la moyenne provinciale. L'augmentation de la population, l'appauvrissement et le vieillissement qu'elle connaît, de même que les exigences apportées par le virage ambulatoire ont engendré, dans plusieurs secteurs d'activité, une pression telle que les organismes du réseau ne parviennent plus à répondre adéquatement à certaines demandes dans un délai raisonnable. La Régie régionale doit s'assurer dans les prochaines années que les services soient accessibles à l'ensemble de la population de son territoire.

Lutter contre les inégalités de santé et de bien-être liées à la pauvreté

L'importance des conditions socioéconomiques comme déterminant de la santé et du bien-être est largement démontrée. En effet, plusieurs études ont confirmé que « plus on est pauvre, plus on est malade et plus on meurt jeune ». La précarité des conditions de vie se traduit par une situation de pauvreté ou d'extrême pauvreté quasi permanente qui engendre de multiples conséquences dans la vie de tous les jours, notamment sur le plan de la santé et du bien-être. La Régie régionale entend s'associer aux stratégies ministérielles et intervenir en vue de l'amélioration des conditions de vie des Montérégiens. Plus spécifiquement, elle entend mettre en œuvre des actions permettant d'améliorer la santé et le bien-être des personnes de milieu défavorisé, notamment auprès des familles pauvres ayant des jeunes enfants, auprès des familles monoparentales et des personnes âgées démunies, accentuer la concertation intersectorielle et renforcer les alliances stratégiques avec les partenaires des autres ministères exerçant

[6] Loi sur les services de santé et les services sociaux, Gouvernement du Québec 1991, article 1

un rôle sur les déterminants de la santé et du bien-être de la population.

Continuer à investir dans le domaine de la promotion et de la prévention

L'amélioration de la santé et du bien-être de la population ne peut s'effectuer notamment qu'en modifiant les habitudes et les comportements individuels, les facteurs sociaux, économiques et environnementaux. Les investissements dans les domaines de la promotion et prévention devront continuer pour assurer la poursuite du virage entrepris en 1995-1998. Cet investissement est justifié pour permettre d'offrir les services à l'ensemble de la clientèle visée par les actions considérées comme prioritaires.

Rechercher l'équité inter et intrarégionale et interprogrammes

En dollars 1996-1997, la Montérégie affiche, tous programmes clientèle confondus, un manque à gagner de 226,3 millions $ pour atteindre la moyenne nationale de financement des programmes clientèle. Cet écart important se traduit par une carence généralisée en ressources humaines, matérielles et technologiques dont disposent les établissements et les organismes communautaires et bénévoles pour rencontrer leur mission. Cette situation a obligatoirement des répercussions dans les services directs à la clientèle. En conséquence, la Régie régionale se donne pour cible de rattraper l'écart par rapport à la moyenne nationale. Au plan régional, elle entend accorder une priorité au redressement des écarts des programmes clientèle les plus pauvres.

La richesse entre les territoires locaux de la Montérégie constitue un facteur déterminant dans la recherche de l'équité inter et intrarégionale et interprogrammes, en vue d'assurer l'accessibilité aux services. Tous les citoyens n'ont pas actuellement le même niveau d'accessibilité aux services en fonction de leur territoire de résidence. Des travaux seront donc entrepris afin de chercher à atteindre le meilleur équilibre possible tenant compte du contexte économique actuel.

POUR EN ARRIVER À UNE OFFRE DE SERVICES DE QUALITÉ AUX MONTÉRÉGIENS EN MONTÉRÉGIE :

Assurer des services de qualité à toutes les clientèles, y compris à celles présentant des problématiques multiples et/ou atypiques

L'accès aux services de santé et des services sociaux est un enjeu important en Montérégie. Le défi du réseau de la santé et des services sociaux est d'offrir des services adaptés aux besoins de toute la clientèle du territoire. L'organisation des services repose sur des programmes relevant des différents programmes clientèle. La Régie régionale doit s'assurer que les liens inter-programmes soient établis afin que toutes les clientèles soient desservies, particulièrement celles qui présentent des problématiques multiples et/ou atypiques.

Maintenir et améliorer la qualité des services tout en tenant compte de la satisfaction de la clientèle

Pour contribuer au maintien et à l'amélioration de la qualité des services de santé et des services sociaux à la population de la Montérégie, tout en tenant compte de la satisfaction de la clientèle, la Régie régionale mise sur la mobilisation de l'ensemble des partenaires et des intervenants du réseau. Afin de réaliser cet objectif, elle entend soutenir les établissements dans leur gestion des services en leur fournissant des outils appropriés permettant d'élaborer des modèles efficaces tant dans les aspects cliniques que non cliniques, dans le meilleur intérêt des clientèles. Elle vise également le développement d'un modèle et d'un mécanisme d'évaluation pour mesurer la satisfaction de la clientèle.

Hausser le taux de rétention de la clientèle dans le territoire de la Montérégie

Dans le contexte où une partie importante de la consommation de services se fait présentement hors territoire, l'accessibilité dans le territoire sera aussi conditionnée par la volonté de la Montérégie d'offrir sur place les services locaux et régionaux.

Dans le cadre de tous les travaux nationaux associés à l'équité interrégionale, le phénomène de rétention fait spécifiquement l'objet d'une étude par les régions de Montréal-Centre, Laval, Laurentides, Lanaudière et de la Montérégie dans le but de proposer des modèles de prise en charge de clientèles à rapatrier. (Le rapatriement est défini comme une hausse du taux de rétention intentionnelle accompagnée d'un transfert d'usagers actuellement desservis à l'extérieur vers des services offerts dans leur région de résidence.)

Un rapatriement fait généralement l'objet d'échanges et d'une entente au préalable entre les régions concernées (consommatrices et productrices). On constate qu'en général, le transfert de clientèles entre la région productrice de Montréal et les régions périphériques a débuté durant la période du virage ambulatoire. À la lumière des informations recueillies et des observations quotidiennes, les régies régionales ont identifié la santé physique et la déficience physique comme secteurs qui pourraient faire l'objet d'un rapatriement intentionnel prioritaire.

Ces opérations seraient réalisées à l'intérieur des mécanismes de gestion établis et convenus entre les cinq régions concernées.

Les travaux en cours s'inscrivent donc dans la perspective privilégiée par la Régie régionale quant à son objectif d'une plus grande accessibilité aux services pour la population sur son territoire.

Consolider les services par une revue complète du financement des services locaux et régionaux

À la lumière des rôles dévolus aux différents intervenants et à la suite de la rapidité de la transformation des activités, la consolidation des services doit nécessairement passer par une revue complète du financement des services locaux et régionaux pour permettre un rééquilibrage en fonction des besoins, du rapatriement des clientèles et des responsabilités des différents partenaires.

EN VUE D'AVOIR UN RÉSEAU STRUCTURÉ D'ÉTABLISSEMENTS ET DE PARTENAIRES CAPABLES D'OFFRIR UNE GAMME COMPLÈTE ET CONTINUE DE SERVICES :

Assurer à la population un système public de services

Les principes d'universalité et d'équité doivent guider l'organisation et la distribution des services à la population de la Montérégie.

La Régie régionale réaffirme, à l'instar du Ministère, sa prépondérance pour un « système public » à la fois souple et flexible. En ce sens, le réseau doit être capable de s'adapter aux circonstances reliées à la transformation des services et à l'évolution des structures et des ressources, sans perdre de vue la pertinence, la qualité et l'efficience. Le fait de favoriser le maintien du caractère public n'exclut pas, toutefois, les ententes avec le secteur privé ou communautaire pour certains secteurs d'activité complémentaires ou certaines fonctions qui permettent de pallier au secteur public ou d'obtenir une meilleure performance.

Ce choix que fait la Régie régionale offre les garanties d'une gestion des fonds publics équitable, dans le meilleur intérêt public en vue d'une gamme complète de services à l'égard de l'ensemble de la population du territoire.

Hiérarchiser les services locaux, régionaux et nationaux

La Régie régionale entend poursuivre la démarche de consolidation de la manière suivante :

- **Reconnaître le territoire de CLSC pour l'organisation des services locaux**

C'est à partir du territoire local que doit se dessiner l'offre de service susceptible de contribuer à l'amélioration de l'accessibilité aux services. La définition des services locaux ou de base, accessibles à toute la population, doit précéder la définition des services à caractère régional.

- **Assurer la dispensation de services spécialisés au niveau régional**

La Régie régionale doit faire en sorte que les services spécialisés de la région soient accessibles à l'ensemble de la population montérégienne, tout en s'assurant d'une accessibilité efficace lorsque ces services ne sont pas disponibles en Montégégie.

La notion de services spécialisés de nature régionale peut prendre, en Montérégie, différentes formes compte tenu des pôles de services spécifiques à chaque champ de service spécialisé.

- **Assurer l'accès aux services surspécialisés au niveau national en tenant compte des services déjà offerts en Montérégie**

La Régie régionale entend concentrer plus de services surspécialisés au centre hospitalier affilié universitaire et s'assurer que ces services soient accessibles à l'ensemble de la population.

Ces services surspécialisés devront être conçus comme faisant partie de l'ensemble national de services surspécialisés disponibles à la population québécoise. Les services de cette catégorie non disponibles en Montérégie doivent être rendus accessibles à la population de la Montérégie.

A l'instar des services surspécialisés, certains services spécialisés sont également offerts sur une base nationale notamment le centre de réadaptation pour les personnes présentant une déficience visuelle; il en est de même pour le centre de réadaptation pour les personnes alcooliques et les autres toxicomanies en ce qui a trait aux services à la clientèle anglophone.

Favoriser la participation de l'ensemble des partenaires du réseau

Pour permettre la réalisation des activités reliées à l'accessibilité des services suivant les réalités et les caractéristiques de chacun des territoires, la Régie régionale entend poursuivre une approche de partenariat avec les établissements, les organismes communautaires et bénévoles et les autres acteurs associés au réseau pour identifier les actions de concertation à mettre en place. Les liens ainsi créés assurent un ajustement progressif des services dans la mesure des disponibilités et des volontés locales. Dans cette optique, la Régie régionale a révisé le découpage de son territoire afin de faciliter les mécanismes de concertation.

Réaffirmer la reconnaissance des organismes communautaires et bénévoles dans le respect de leur autonomie et de leur dynamisme propre

Les organismes communautaires apportent une contribution originale et essentielle au sein d'un système soucieux de l'amélioration de la santé et du bien-être de la population. Afin de mieux répondre aux besoins identifiés par le milieu, ceux-ci ont progressivement mis en place des ressources fondées sur leur connaissance particulière des problématiques de la communauté, tout en poursuivant leur recherche de partenariat avec le réseau public. Cette reconnaissance doit se concrétiser par le soutien financier des organismes communautaires et bénévoles comme partenaires du réseau de la santé et des services sociaux.

Dans le cadre de son mandat, la Régie régionale désire réaffirmer la reconnaissance de ces organismes oeuvrant dans le domaine de la santé et des services sociaux, dans le respect de leur autonomie et de leur dynamisme propre et ceci, dans l'esprit où ils « définissent librement leurs orientations, leurs politiques et leurs approches [7] ».

POUR METTRE DE L'AVANT UNE PRÉOCCUPATION MAJEURE ENVERS L'ÉVALUATION QUALITATIVE DES SERVICES :

Mieux planifier en vue d'une consolidation des services offerts à la population de la Montérégie

La transformation récente des services a engendré, entre autres, le déplacement des clientèles vers des ressources plus légères, la diminution de durée de séjour dans le milieu institutionnel, l'hospitalisation d'un jour, un accroissement de la demande pour les services ambulatoires et de maintien à domicile auxquels se sont ajoutés le rapatriement de clientèles hors territoire, les

[7] Loi sur les services de la santé et les services sociaux, Gouvernement du Québec, 1991, article 335

nouvelles pratiques professionnelles et les récentes technologies.

Le rythme des changements et la difficulté d'évaluer les besoins de la population et les résultats des actions entreprises en cours de transformation, rendent impérative l'évaluation en profondeur des activités pour permettre la stabilisation des services de base au niveau local et des services spécialisés au niveau régional, tant sous l'aspect organisationnel que sous l'aspect partenariat.

L'organisation des services fera l'objet d'une attention particulière dans le but d'offrir des services de qualité et variés, de concentrer l'expertise et d'en améliorer l'efficience. Des progrès restent encore à accomplir face à l'atteinte d'un réseau de services intégrés et continus en Montérégie. Les liens entre les services de base et spécialisés et entre les ressources publiques et privées ne seront entièrement consolidés que lorsqu'ils permettront « *la circulation rapide et continue des personnes et de l'information à travers les différents niveaux de services selon la nature de leurs besoins et des réponses adaptées à leurs conditions*[9] ».

Assurer l'évaluation de l'efficacité du réseau de soins et services

Il convient de rappeler que même si les travaux d'évaluation ont surtout été effectués dans le champ de la santé publique, la Régie régionale de la Montérégie est directement interpellée par l'obligation légale de procéder dans sa région à l'évaluation des programmes de santé et des services sociaux élaborés par le Ministère. Ainsi, l'article 346 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux précise l'objet de cette évaluation :

« dans le cadre des fonctions reliées aux priorités de santé et bien-être, la Régie régionale (...) évalue, selon la périodicité que détermine le Ministère, l'efficacité des services de santé et des services sociaux, le degré d'atteinte des objectifs poursuivis et le degré de satisfaction des usagers à l'égard des services; élabore et met en œuvre, conformément aux directives du ministre, des évaluations de programmes et de services auxquels participent les établissements .» La Régie régionale entend soutenir le développement, en Montérégie, d'une structure organisationnelle consacrée à l'évaluation des programmes et des services de santé et des services sociaux et voir à ce que les résultats des projets d'évaluation qui seront conduits à l'intérieur de cette structure soient utilisés pour réorienter au besoin l'offre de services.

[9] *Les services à la population 1998-1999 à 2000-2001*, MSSS, 1998.

SECTION III

4. ORIENTATIONS RÉGIONALES PAR PROGRAMME CLIENTÈLE

Les principes directeurs et les orientations générales du plan de consolidation s'actualisent par des programmes touchant des services offerts pour répondre aux besoins des clientèles particulières.
Pour chacun des programmes clientèle, un plan régional d'organisation des services (PROS) a déjà été élaboré pour mieux cerner les besoins et les clientèles à desservir et identifier les principaux établissements et organismes responsables de la planification et de l'organisation des services. Le PROS est une assise importante à partir de laquelle se construisent les orientations régionales et les actions priorisées au palier local.
La Régie régionale verra à ce que les liens soient faits entre les différents programmes clientèle pour tenir compte des clientèles présentant des problématiques multiples et/ou atypiques et s'assurer que les établissements puissent offrir les services à toutes les clientèles dont ils ont la responsabilité en fonction de leur mission respective.
En plus de la préoccupation de services pour toutes les clientèles, la Régie régionale entend se soucier des différentes mesures de soutien à apporter aux familles et aux aidants naturels et ce, en s'assurant de la qualité de vie des personnes, quelque soit leur milieu de vie.

PROGRAMMES CLIENTÈLE :

4.1 ALCOOLISME ET TOXICOMANIE

Les données 1996-1997 indiquent un per capita de 3,22 $ en toxicomanie pour la Montérégie comparativement à 6,56 $ pour la province. Ces chiffres situent l'indice montérégien à 49,1 % par rapport à la province, ce qui positionne le programme alcoolisme-toxicomanie comme étant le plus déficitaire en Montérégie. L'écart de 3,34 $ référant à la moyenne provinciale traduit un manque à gagner de 4,4 millions $ pour ce programme.
Les principaux secteurs d'activité qui ont été améliorés par la transformation sont les services de dépistage, d'intervention précoce et minimale dans les services de première ligne ainsi que les services externes de réadaptation. De plus, les services de désintoxication en milieu résidentiel ont reçu une attention particulière en vue d'en améliorer l'efficience et l'accessibilité. La consolidation des services actuels sera la préoccupation majeure des trois prochaines années.

4.1.1 ORIENTATION RÉGIONALE

Poursuivre l'amélioration de l'accessibilité et compléter le réseau intégré de services en toxicomanie
Compte tenu de la carence importante, la consolidation des services se traduit par l'accroissement des ressources de tous les services en toxicomanie au moindre coût et une plus grande efficacité de traitement et ce, le plus près possible du milieu de vie de la personne. Il est nécessaire d'arrimer les niveaux d'intervention en toxicomanie, soit la promotion de la santé et la prévention de la toxicomanie, le dépistage et l'intervention précoce et minimale, la désintoxication, la réadaptation et le soutien à la réintégration sociale. Enfin, les rôles, les responsabilités et les frontières de chacun des partenaires impliqués méritent d'être clarifiés pour réaliser la consolidation des services. Le centre de réadaptation pour les personnes alcooliques et autres toxicomanies accentuera son leadership dans la planification régionale et dans l'harmonisation des programmes en vue de la mise en place de la gamme continue des services à la clientèle.

4.1.2 PRIORITÉS D'ACTION

Palier local

- Consolider les services de dépistage et d'intervention précoce dans les services de première ligne;
- mettre en place en CLSC des services de dépistage et d'intervention précoce;
- développer des projets pilotes reliés à l'abus de la consommation des médicaments auprès des personnes âgées en hébergement dans les CHSLD;
- développer les services de soutien à la réinsertion sociale sur chaque territoire local;
- améliorer l'accessibilité aux services de désintoxication ambulatoire en offrant une formation appropriée aux omnipraticiens en CLSC, en cabinets privés, etc.;
- améliorer l'accessibilité aux services de désintoxication par le développement de ressources dans les territoires les plus dépourvus.

Palier régional

Désintoxication

- Améliorer l'accessibilité aux services de désintoxication en milieu résidentiel;
- rendre accessible le traitement à la méthadone auprès des héroïnomanes dans la communauté par l'implantation de programmes de maintien et de sevrage en collaboration avec les établissements de réadaptation dans la Montérégie;
- consolider l'encadrement médical auprès des ressources spécialisées du programme de désintoxication.

Réadaptation

- Rendre accessibles des services cliniques adaptés aux parents toxicomanes qui ont des enfants de 0 à 5 ans par la collaboration entre les partenaires concernés;
- développer des services internes de réadaptation auprès des jeunes;
- développer des services adaptés pour la clientèle ayant des troubles sévères avec problématiques multiples et/ou atypiques (toxicomanie, santé mentale, déficience intellectuelle, etc.);
- consolider et améliorer l'accessibilité aux services de réadaptation interne auprès de la clientèle toxicomane adulte;
- consolider les services de réadaptation en externe dans les territoires les plus dépourvus;
- prévoir le développement des centres de jour.

Qualité des services

- Implanter un mécanisme de reconnaissance des organismes offrant des services aux personnes toxicomanes;
- favoriser l'utilisation des mécanismes et des outils visant l'amélioration de la qualité;
- encourager la formation et l'échange d'expertise.

Problématique de l'itinérance

L'itinérance constitue un secteur de services peu développé, méconnu et mal documenté en Montérégie. Les ressources oeuvrant dans ce champ sont essentiellement des organismes communautaires travaillant principalement en santé mentale, en toxicomanie, auprès des jeunes en difficulté et des personnes démunies.
Le plan d'action 1999-2002 en toxicomanie du Ministère indique que le nombre de personnes itinérantes tend à s'accroître et que leur situation serait plus critique qu'auparavant. De plus, la consommation de substances psychotropes constitue un problème très important chez les itinérants. Ainsi les itinérants toxicomanes, particulièrement ceux qui sont alcooliques, ont plus de problèmes de santé physique et mentale que les autres personnes itinérantes. Le document conclut que les problèmes de la personne toxicomane nécessitent une approche basée sur la concertation des partenaires et l'intégration des services.
Une récente étude sur les sans-abri en Montérégie, (juin 1998), réalisée par un comité de travail composé d'organismes communautaires et d'un CLSC de Longueuil, met en relief la pertinence d'implanter un refuge sur la Rive-Sud. Cette recherche permet de mieux saisir la réalité des personnes itinérantes et la complexité de leurs besoins où l'itinérance n'est que l'aboutissement relié à d'autres difficultés.
Les principales priorités d'action sont les suivantes :

- Procéder à une étude des besoins régionaux et locaux en matière de ressources et services liés au phénomène;
- dresser l'inventaire des ressources et services rendus en Montérégie qui sont reliés au phénomène des sans-abri;

- créer des comités de travail locaux avec tous les partenaires et réseaux concernés, dans les territoires où l'on retrouve ce phénomène;
- développer une programmation de services intégrés selon les problématiques vécues par les sans-abri (toxicomanie, santé physique, santé mentale et jeunes en difficulté) en concertation avec les partenaires et les autres réseaux de services concernés;
- préciser les formes d'intervention à mettre en place et en évaluer les coûts;
- prévoir le financement requis pour répondre aux multiples dimensions de la réalité de l'itinérance.

4.2 DÉFICIENCE INTELLECTUELLE

Les données 1996-1997 indiquent un per capita de 52,37 $ en déficience intellectuelle pour la Montérégie comparativement à 56,40 $ pour la province. Ces chiffres situent l'indice montérégien à 92,9 % par rapport à la province, ce qui positionne le programme déficience intellectuelle comme étant le 7e plus déficitaire en Montérégie. L'écart de 4,03 $ référant à la moyenne provinciale traduit un manque à gagner de 5,3 millions $ pour ce programme.
La consolidation des services en déficience intellectuelle mettra l'accent sur les services de réadaptation offerts dans le milieu de la personne par l'augmentation et la diversification des ressources de soutien à domicile et de répit et sur le développement des services aux clientèles ayant des problématiques spécifiques.

4.2.1 *Orientations régionales*

Poursuivre le développement des services de base locaux favorisant l'intégration de la clientèle en déficience intellectuelle dans la communauté
La personne ayant une déficience intellectuelle et vivant dans son milieu de vie naturel nécessite un accompagnement très souvent intensif fondé sur une relation de confiance soutenue. Les familles ont également besoin de soutien professionnel et de répit facilitant ainsi le maintien de l'individu dans son milieu de vie naturel. Ce type de ressources est largement déficitaire en Montérégie, surtout au niveau communautaire (CLSC, organismes communautaires et bénévoles).
Poursuivre le développement des services aux personnes avec problématiques spécifiques sur l'ensemble du territoire de la Montérégie
L'autisme touche environ 4,5 enfants pour 10 000 de population. Ce trouble est souvent associé à la déficience intellectuelle grave. Compte tenu que les personnes autistes ont leurs caractéristiques propres, distinctes de celles de la déficience intellectuelle, ceci implique le développement d'une approche distincte et des programmes spécifiques. Les besoins des jeunes autistes changent au fil des ans et demandent un support et un accompagnement intensifs des parents[9]. Une gamme complète de services pour cette clientèle reste à développer et à implanter.
Les personnes ayant des troubles envahissants du développement qui perturbent grandement leur environnement se heurtent à des obstacles importants quant à l'accès aux services permettant une réponse adaptée à leurs besoins[9].
Il en est de même pour les personnes présentant plusieurs handicaps associés et des troubles graves de comportement. De plus, le réseau de la déficience intellectuelle est parfois sollicité pour répondre aux besoins de certains clients présentant une lenteur intellectuelle avec d'autres troubles associés. Il est essentiel d'offrir des lieux d'accueil et des outils d'intervention efficaces pour ces clientèles, d'autant plus que lorsque le problème de comportement s'aggrave, l'entourage immédiat s'épuise rapidement. La clientèle doit pouvoir bénéficier de services multidisciplinaires provenant de plusieurs ressources du milieu. La disponibilité de ce type de services en Montérégie est très limitée.

4.2.2 *Priorités d'action*

Palier local

- Développer et consolider la gamme de services afin d'améliorer l'accessibilité aux services de répit-dépannage, de répit spécialisé, de gardiennage, de listes de gardiens et de gardiennes, de transport et d'accompagnement, etc.;
- susciter sur tout le territoire la création de nouvelles ressources alternatives à l'hébergement;
- implanter et consolider la gamme de services pour la clientèle autiste et autres troubles envahissants du développement en favorisant la création d'équipes multidisciplinaires, le partenariat (CR, CH, CLSC, organismes communautaires et bénévoles) et les arrimages avec le réseau intersectoriel (scolaire, loisir, etc.);
- implanter et consolider la gamme de services pour la clientèle ayant des troubles graves du comportement associés en favorisant la création d'équipes multidisciplinaires, le partenariat (CR, CH, CLSC, organismes communautaires et bénévoles) et les arrimages avec le réseau intersectoriel (déficience physique, psychiatrie, jeunesse, scolaire, loisirs, etc.).

Palier régional

[9] *Plan régional d'organisation de services en déficience intellectuelle-Montérégie*, RRSSSM, 1995

- Élaborer avec le réseau des CRPDI et les partenaires concernés une programmation de services pour la clientèle autiste et autres troubles envahissants du développement et prévoir le financement requis;
- rapatrier les personnes (ayant une déficience intellectuelle associée à des troubles graves de comportement) hébergées au CH des Laurentides et créer de nouvelles places pour répondre aux clientèles spécifiques en collaboration avec le réseau de la santé mentale;
- élaborer, en concertation avec le réseau des CRPDI, une programmation de services pour la clientèle présentant une lenteur intellectuelle avec d'autres troubles associés et prévoir le financement requis.

4.3 DÉFICIENCE PHYSIQUE

Les données 1996-1997 indiquent un per capita de 34,67 $ en déficience physique pour la Montérégie comparativement à 44,89 $ pour la province. Ces chiffres situent l'indice montérégien à 77,2 % par rapport à la province, ce qui positionne le programme en déficience physique comme étant le 4e plus déficitaire en Montérégie. L'écart de 10,22 $ référant à la moyenne provinciale traduit un manque à gagner de 13,5 millions $ pour ce programme.
Le programme clientèle en déficience physique englobe les services en déficience visuelle, en déficience motrice, auditive et des troubles du langage et de la parole.

En déficience visuelle, les dernières années ont permis de consolider les services externes d'adaptation et de support technique. En déficience motrice, auditive et des troubles du langage et de la parole, les services sont offerts en Montérégie depuis 1992. Les services en adaptation-réadaptation ne sont offerts en externe que pour les jeunes enfants. Les services de réadaptation fonctionnelle intensive sont accessibles par le biais des programmes développés dans les centres d'hébergement et de soins de longue durée et au centre hospitalier désigné.
Les actions à développer pour les trois prochaines années se concentreront sur le maintien dans le milieu et la continuité des services.

4.3.1 *Orientations régionales*

Améliorer l'accès aux programmes de soutien à la famille
Le maintien dans la communauté des personnes présentant une déficience physique ne peut se réaliser sans des mesures de prévention de l'épuisement. Les ressources consenties à ce chapitre s'avèrent insuffisantes et mettent en péril la capacité des familles et des proches à s'occuper des personnes handicapées vivant auprès d'elles.

Ces services sont peu développés en Montérégie; il importe de les développer et de les diversifier en fonction de la clientèle présentant une déficience physique, peu importe son âge.
Une importance doit être accordée au développement de ressources de répit spécialisé; la clientèle fréquentant les ressources de répit est de plus en plus jeune et présente de multiples problématiques nécessitant un encadrement au delà du simple gardiennage.
Développer et consolider les services à la clientèle 0-100 ans présentant une déficience motrice, auditive et des troubles du langage et de la parole
Les services en déficience motrice, auditive et des troubles du langage et de la parole sont offerts aux 0-5 ans, quoiqu'ils sont encore limités sur certains territoires et que les délais d'accès sont longs. Pour la clientèle 6-12 ans, les services commencent à se développer, mais ne sont accessibles qu'à un nombre très restreint de clients. Plusieurs utilisent toujours des services à Montréal.
L'objectif à moyen terme sera de donner accès aux services de réadaptation à la clientèle 0-100 ans sur l'ensemble du territoire de la Montérégie.
Identifier les besoins et favoriser l'accès de la clientèle adulte aux différents services en Montérégie
Un très grande partie de la clientèle adulte utilise des services de Montréal-Centre, faute d'accessibilité en Montérégie. Avant même de développer une gamme de services pour cette clientèle, un bilan s'avère nécessaire pour connaître l'ampleur des besoins. Par la suite, il importera de se doter de ressources professionnelles pour permettre de développer les services requis.
Assurer la continuité des services entre les dispensateurs et les partenaires de l'intersectoriel pour l'ensemble du programme en déficience physique
On aura tout avantage à développer une approche intégrée (concertée et coordonnée) de soins et de services, de la courte durée en passant par la réadaptation jusqu'à la réintégration de la personne dans son milieu en visant l'intégration sociale et professionnelle de l'individu. La planification régionale des services en déficience physique devra être revue et actualisée en s'associant les principaux partenaires de services.
Le centre de réadaptation pour les personnes ayant une déficience physique (déficience motrice, auditive, troubles du langage et de la parole) exercera un leadership dans la planification régionale de l'ensemble des services à la clientèle et jouera un rôle central dans l'harmonisation des programmes en vue de la mise en place de la gamme continue de ces services à la clientèle.
Optimiser l'articulation des différents types d'intervention des centres offrant des services de réadaptation fonctionnelle intensive avec les établissements
Le programme de réadaptation fonctionnelle intensive est souvent associé au secteur de la santé physique ou à celui des personnes âgées en perte d'autonomie. L'âge moyen de la clientèle recevant actuellement ces services se situe au-delà de 65 ans.
Il importe de développer une vision commune, de mieux définir les services de réadaptation fonctionnelle, d'intensifier l'intervention précoce en centre hospitalier de soins généraux et spécialisés, de consolider les activités de fin de séjour ou le

congé de la personne en continuité avec les services de réadaptation qui prendront la relève, de bien consolider aussi l'étape qui vise l'intégration de l'individu dans son milieu, son intégration sociale et professionnelle et d'offrir le soutien nécessaire afin d'assurer les conditions de succès de cette intégration.
Les services devront alors être dispensés en concertation étroite avec le centre de réadaptation pour les personnes ayant une déficience physique (déficience motrice, auditive, troubles du langage et de la parole).

Hausser le taux de rétention de la clientèle dans le secteur de la réadaptation fonctionnelle intensive
Conformément à l'entente entre les cinq régies régionales du Montréal-Métropolitain, la Régie régionale de la Montérégie entend mettre l'accent sur le rapatriement de la clientèle dans le secteur de la réadaptation fonctionnelle intensive.

Développer de nouvelles ressources résidentielles substituts
On note un problème important d'accessibilité à des ressources résidentielles (en nombre et en variété) pour favoriser le maintien ou l'intégration des personnes handicapées. De plus, des ressources d'hébergement doivent être développées pour répondre aux besoins particuliers des personnes ayant de très lourdes incapacités physiques pour leur assurer une qualité de vie satisfaisante.

4.3.2 Priorités d'action

Palier local

- Consolider les ressources nécessaires pour offrir des services de soutien à la personne, à la famille et à ses proches afin de maintenir la continuité des services et éviter l'épuisement;
- développer et diversifier la gamme de services à offrir tout en tenant compte des besoins des personnes, de leur famille et de leurs proches (répit spécialisé, répit pour adolescents, clientèles présentant plusieurs types de déficience et autres);
- assurer une intervention psychosociale auprès des personnes présentant une déficience physique et de leur famille;
- développer de nouvelles ressources résidentielles substituts et mettre en place des ressources d'hébergement non institutionnelles pour les personnes présentant une déficience physique dont le profil correspond à la clientèle habituellement orientée en CHSLD;
- dresser un inventaire des services internes et externes offerts en réadaptation fonctionnelle intensive et mieux définir le rôle des différents partenaires;
- développer des ressources de réadaptation fonctionnelle intensive en tenant compte de l'équité intrarégionale.

Palier régional

- Injecter les ressources nécessaires pour consolider (pour les 0-5 ans) et développer (pour les 6-18 ans) les services d'adaptation-réadaptation pour la clientèle présentant une déficience motrice, auditive et des troubles du langage et de la parole dans toute la Montérégie;
- ajuster les ressources actuelles de réadaptation aux besoins des personnes adultes et harmoniser les services de réadaptation fonctionnelle intensive;
- compléter et coordonner la mise en place des services d'aide technique (activités relatives à un service d'aide technique accrédité);
- compléter le rapatriement de la clientèle recevant des services de réadaptation fonctionnelle intensive hors territoire et ce, conformément aux ententes convenues entre les cinq régions du Montréal-Métropolitain.

4.4 JEUNES EN DIFFICULTÉ ET LEUR FAMILLE

Les données 1996-1997 indiquent un per capita de 335,64 $ au programme jeunes en difficulté et leur famille en Montérégie comparativement à 462,23 $ pour la province. Ces chiffres situent l'indice montérégien à 72,6 % par rapport à la province, ce qui positionne le programme jeunes en difficulté et leur famille comme étant le 3e plus déficitaire en Montérégie. L'écart de 126,59 $ référant à la moyenne provinciale traduit un manque à gagner de 40,9 millions $ pour ce programme. La transformation des services aux jeunes en difficulté et leur famille a été marquée, d'une part, par des investissements importants dans les services spécialisés, par des changements de pratique, par une réorganisation des services plus près du milieu de vie du jeune et, d'autre part, par le rapatriement de jeunes qui recevaient des services hors région. Aussi, plusieurs projets novateurs ont été développés dans un esprit de partenariat et de concertation, notamment en termes de solutions de rechange au placement et en termes d'aide à l'action concertée.

Le plan régional d'orientations stratégiques à l'égard des jeunes de 0 à 17 ans en difficulté et leur famille, adopté par le conseil d'administration de la Régie régionale en décembre 1996, a pour objectif de soutenir et favoriser le développement des enfants et des jeunes de la Montérégie afin d'éviter l'apparition de difficultés d'adaptation sociale ou d'en atténuer les impacts pour eux, leur famille, leur milieu[10].

4.4.1 *Orientations régionales*

Intervenir rapidement dès que des difficultés surgissent dans la vie d'un enfant

Le Rapport Bouchard[11] indique que le temps dans la vie d'un enfant est capital, que toutes les étapes de son développement appellent une attention particulière, que ses parents doivent lui prodiguer les soins nécessaires tant sur le plan physique qu'affectif. La famille est le premier lieu de développement des enfants et des jeunes et il revient aux parents (et aux détenteurs de l'autorité parentale) d'agir afin de soutenir et stimuler ce développement. En conséquence, toutes les actions portées à l'égard de l'enfant et du jeune dans la réponse à ses besoins, doivent être faites en étroite collaboration avec les parents, la famille et les proches impliqués dans le respect des diversités personnelles, familiales et culturelles[11].

Il convient donc d'évaluer les besoins rapidement, de mettre l'accent sur les conditions favorables au développement de l'enfant, d'apporter les services requis au bon endroit et au bon moment en améliorant l'accessibilité, peu importe la provenance de la demande ou la problématique présentée. Le programme jeunes de 0 à 17 ans en difficulté s'adresse aux jeunes ayant des difficultés psychosociales, qu'ils soient victimes d'abus, de négligence; qu'ils aient des problèmes de violence, de délinquance, de grossesse à l'adolescence, de toxicomanie ou d'autres troubles de comportement ou qu'ils décrochent (de l'école, du milieu familial, de la vie). Pour éviter l'aggravation des situations, il faut donc leur offrir rapidement le suivi qu'ils requièrent, qu'il soit spécifique, intensif ou spécialisé (Rapport Bouchard, Rapport Cliche)[12].

Intensifier le partenariat entre les intervenants du réseau et l'intersectoriel

Considérant que l'enfant évolue à travers différents milieux (famille, famille élargie, amis, garderie, école, loisirs, travail), l'intensification du partenariat passe par la création de liens entre les intervenants, les organismes et les différents secteurs d'intervention.

À l'instar du Rapport Cliche, précisons que plusieurs problèmes vécus par certains parents ont un impact sur leur capacité à assumer leur rôle parental (problème de santé mentale, toxicomanie, monoparentalité, pauvreté économique ou sociale, déficience, familles immigrantes). Par ailleurs, les enfants connaissant des difficultés, trouvent réponse à travers plus d'un programme clientèle (santé mentale, toxicomanie, déficience intellectuelle, déficience physique, santé physique).

C'est pourquoi, tous les partenaires du réseau ont un rôle à jouer dans la réponse aux besoins des enfants et de leurs parents. Alors qu'en promotion-prévention, on désire apprendre aux parents et aux jeunes à prendre soin d'eux, à éviter l'apparition de problèmes de santé ou de problèmes sociaux, dans le secteur des services on vise à répondre adéquatement, rapidement aux difficultés des enfants, des jeunes et de leurs parents.

Les arrimages entre les partenaires, selon les différents niveaux de services, sont essentiels afin d'en assurer l'accès, d'éviter le dédoublement et de permettre une action soutenue de tous les acteurs. Une des clés de réussite réside dans la coordination des services sur une base de réseaux intégrés, supportée par la mise en commun des données et des connaissances.

La Régie régionale entend appuyer tous les efforts de mise en commun des connaissances de tous les partenaires locaux impliqués dans le développement du jeune afin d'accroître la convergence des actions au profit de ce dernier.

La planification stratégique des enjeux régionaux doit être faite en collaboration avec le réseau de la santé et des services sociaux et l'intersectoriel relevant des ministères de l'Éducation, de la Famille et de l'Enfance, de la Justice, de la Sécurité publique, de la Solidarité sociale, des Affaires municipales, des Relations avec les citoyens et de l'Immigration.

Développer et implanter la gamme complète de programmes touchant les services courants et spécifiques en fonction des besoins

Le réseau régional en jeunesse doit définir la nature des services à offrir à tous les niveaux, tant aux paliers local et régional que pour les services courants et spécialisés. Il doit de plus, s'arrimer avec les différents programmes clientèle.

Une programmation commune minimale devra se retrouver dans chaque réseau local à laquelle pourra s'ajouter une programmation adaptée aux réalités du milieu.

Un équilibre dans l'octroi de nouvelles ressources entre les différents niveaux d'intervention est nécessaire pour éviter les disparités dans les actions et ce, tant en promotion-prévention qu'en services locaux courants et en services spécialisés.

---

10 *Ensemble! au service des jeunes et de leur famille : Pour une meilleure adaptation sociale*, RRSSSM, 1996.

11 *Un Québec fou de ses enfants*, MSSS, 1991.

12 *Pour une stratégie de soutien du développement des enfants et des jeunes. Agissons en complices*, Rapport Cliche, 1998.

4.4.2 *Priorités d'action*

Palier local

- Développer sur chaque territoire des actions concertées avec les autres partenaires, notamment avec le milieu scolaire et celui de la petite enfance;
- améliorer l'accès à une intervention intensive en situation de crise;
- instaurer un guichet unique d'accès aux services sociaux dans tous les CLSC;
- s'assurer de la mise en place d'une équipe en CLSC pour coordonner les services de base aux jeunes en difficulté et leur famille;
- favoriser la mise en place des mécanismes de concertation locale des différents partenaires impliqués auprès du jeune;
- intensifier les actions conjointes entre les partenaires du réseau et l'intersectoriel et favoriser l'élaboration des plans d'intervention et des plans de services individualisés.

Palier régional

- Assurer, dans l'allocation de ressources, une répartition équitable entre les différents niveaux d'inter-vention;
- consacrer de nouvelles ressources à la réadaptation et à l'hébergement de jeunes en difficulté;
- adopter une politique cadre d'application des plans de services individualisés;
- assurer une formation à l'intervention concertée mettant en présence des intervenants en jeunesse des différents milieux;
- mettre en place un comité régional de planification et de concertation intersectorielle;
- intégrer les services d'accueil téléphonique pour la consultation psychosociale (de type 24/7) au sein d'une même porte d'entrée.

4.5 PERSONNES ÂGÉES EN PERTE D'AUTONOMIE

Les données 1996 -1997 indiquent un per capita de 2 190,30 $ au programme clientèle personnes âgées en perte d'autonomie de la Montérégie comparativement à 2 632,16 $ pour la province. Ces chiffres situent l'indice montérégien à 83,2 % par rapport à la province, ce qui positionne le programme personnes âgées en perte d'autonomie comme étant le 5e plus déficitaire en Montérégie. L'écart de 441,86 $ référant à la moyenne provinciale traduit un manque à gagner de 59,6 millions $ pour ce programme.
En regard des services aux personnes âgées en perte d'autonomie, la transformation des trois dernières années a mis l'accent sur le développement des services de maintien de la personne dans son milieu de vie naturel, sur la continuité des services par un réseau mieux intégré et un guichet unique d'accès. De plus, la gamme de services et de ressources d'hébergement s'est diversifiée.
L'accessibilité, la continuité et la complémentarité des services ainsi qu'une connaissance mieux étayée des résultats atteints guideront les orientations régionales à venir.

4.5.1 *Orientations régionales*

Maintenir et soutenir l'intégration sociale des personnes âgées en perte d'autonomie
L'organisation des services aux personnes âgées en perte d'autonomie prévoit une gamme de services diversifiés allant des services de base vers des services plus spécialisés. Aux activités de promotion-prévention, succèdent les services de soutien à l'intégration sociale des personnes âgées qui prévoient des programmes de maintien en milieu de vie naturel ainsi que le soutien aux familles et aux proches.

Améliorer l'accessibilité et la continuité des services
La connaissance des différents services et des organismes qui les dispensent facilite l'accès et la continuité nécessaires pour le maintien à domicile des clients; ainsi cette connaissance permet de répondre plus rapidement et plus adéquatement aux besoins des personnes.
Une action concertée et ; arrimage entre les CLSC, les cabinets privés de médecins, les organismes communautaires et bénévoles et les CHSLD favorisent la réponse appropriée aux besoins de la personne âgée en perte d'autonomie et ce, par des mécanismes simples de référence et d'accès.
Les ressources intermédiaires et de type familial apportent une réponse à des besoins de plus en plus précis dans la gamme des services disponibles aux personnes âgées en perte d'autonomie entre le milieu de vie naturel et l'hébergement en soins de longue durée.
Consolider le partenariat entre les établissements publics et les organismes communautaires et bénévoles dans le continuum des services de soutien dans le milieu de vie naturel
Les personnes en perte d'autonomie et leurs proches doivent pouvoir compter sur des services variés, et de différents niveaux visant à soutenir et faciliter leurs activités quotidiennes et ainsi, augmenter leur sentiment de sécurité et de bien-être.
La contribution des organismes communautaires et bénévoles est importante à ce niveau; ainsi, ils doivent être supportés par un financement ajusté en fonction du rôle qui leur est dévolu dans le continuum des services.
S'assurer des ressources appropriées en fonction de l'alourdissement de la clientèle et de l'équité intrarégionale
L'hébergement en soins de longue durée est indiqué lorsque les ressources de soutien à domicile ou les ressources intermédiaires ne répondent plus aux besoins de la personne en perte d'autonomie. À cette étape, des soins plus spécialisés sont requis, soit un suivi médical, des soins infirmiers ou autres. Pour apporter une réponse adéquate, les établissements ont à ajuster leur niveau de services mais ne disposent pas toujours des ressources appropriées. Cette orientation oblige une réévaluation du financement des lits de soins de longue durée et une disponibilité médicale en lien avec les nouveaux besoins de la clientèle.
Reconnaître et viser un partenariat entre le réseau public et les ressources privées d'hébergement dans la perspective du continuum de services pour assurer la qualité des services
La gamme des services doit s'ajuster aux besoins évolutifs des personnes âgées en perte d'autonomie.
Ainsi, les ressources privées s'avèrent une réponse adéquate à certains besoins dans la gamme de services disponibles aux personnes âgées en perte d'autonomie. La Régie régionale prévoit inclure, dans les mécanismes d'accès, des places en ressources privées et entend s'assurer que les services dans les ressources privées sont bien rendus et qu'ils sont de qualité. La Régie régionale entend continuer de mettre en place, en collaboration avec les partenaires du réseau, notamment les municipalités et les CLSC, les mesures pour assurer cette recherche de qualité dans les ressources privées et informer la population concernant les normes de qualité développées à cette fin.

Offrir des services de qualité et mettre en place des mesures de monitorage permettant l'évaluation des résultats des services offerts aux personnes âgées en perte d'autonomie
Les choix de pratique et d'organisation future de services doivent s'appuyer sur des connaissances quant à la pertinence, l'efficacité et l'efficience des services et sur la satisfaction de la clientèle.

4.5.2 Priorités d'action

Les moyens proposés portent principalement sur l'accessibilité et la continuité des services dans les programmes de soutien à l'intégration sociale et d'hébergement en ressources publiques et privées ainsi que sur la qualité de ces services destinés aux personnes âgées en perte d'autonomie.
Palier local

- Accentuer les services de maintien à domicile de base et spécialisés près du milieu de vie de la personne;
- privilégier l'accès aux services à un endroit unique et connu de la clientèle;
- consolider les organismes communautaires et bénévoles dans les activités d'entraide et d'action communautaire en fonction du rôle qui leur est dévolu;
- développer et diversifier les ressources intermédiaires et de type familial;
- apporter une attention particulière aux aspects nutritionnels de la personne en perte d'autonomie résidant à domicile et à ceux de la personne âgée en grande perte d'autonomie hébergée;
- améliorer les mécanismes de collaboration entre les ressources publiques et les ressources privées sur le plan local, allant jusqu'à intégrer ces dernières dans les mécanismes d'accès et dans la gamme des services locaux offerts à la clientèle en perte d'autonomie;
- établir des mécanismes communs de contrôle de qualité pour les partenaires.

Palier régional

- Assurer la planification régionale de l'ensemble des services et déployer les ressources nécessaires pour soutenir la gamme de services sur une base locale;

- évaluer les coûts générés par les services liés à l'alourdissement de la clientèle hébergée pour les ajuster;
- développer des indicateurs évaluables quant à la pertinence, l'efficacité et l'efficience des services pour éclairer les choix futurs de pratique et d'organisation de services;
- faire de la satisfaction de la clientèle un objectif évaluable de la performance des établissements dans la distribution de services.

4.6 SANTÉ MENTALE

Les données 1996-1997 indiquent un per capita de 52,78 $ en santé mentale pour la Montérégie comparativement à 102,39 $ pour la province. Ces chiffres situent l'indice montérégien à 51,5 % par rapport à la province, ce qui positionne le programme santé mentale comme étant le 2e plus déficitaire en Montérégie. L'écart de 49,61 $ référant à la moyenne provinciale traduit un manque à gagner de 65,4 millions $ pour ce programme.
Les orientations régionales établiront comme prioritaires les services aux personnes souffrant de troubles mentaux graves et persistants, aux enfants et jeunes souffrant de troubles mentaux, aux personnes suicidaires ainsi qu'à leur famille et aux proches. L'appropriation du pouvoir constitue une valeur fondamentale pour la personne dont l'estime de soi, l'emprise sur sa situation de vie, l'espoir et la capacité d'interaction ont été amoindris pendant des périodes plus ou moins longues[13]. L'appropriation du pouvoir est donc inscrite dans ce volet du plan de consolidation comme un principe général sous-tendant l'ensemble des objectifs et mesures du réseau à l'endroit de cette clientèle.

4.6.1 *Orientations régionales*

Consolider ou développer les services destinés aux personnes souffrant de troubles mentaux graves et persistants ainsi qu'à leur famille et aux proches
Pour la Montérégie, le développement de services destinés aux personnes souffrant de troubles mentaux graves et persistants et à leur famille et aux proches, est essentiel. Les ressources en place présentement ne couvrent qu'une partie des besoins. La pression sur la demande de services en Montérégie est accentuée par le fait qu'un bon nombre de ces personnes, historiquement hospitalisées hors territoire, reviennent maintenant dans leur lieu de résidence. Ces personnes souffrant de troubles mentaux graves et persistants se retrouvent trop souvent sans soutien adéquat dans leur propre milieu, ce qui freine leur intégration dans la société et augmente le recours à des hospitalisations qui autrement auraient pu être évitées.
Le développement des interventions doit viser davantage la mise en place de services adaptés permettant aux usagers d'apprendre à vivre avec leur maladie, de développer leur potentiel, de leur redonner un sentiment de maîtrise sur leur vie et d'offrir des choix thérapeutiques répondant à leurs besoins[13].

Améliorer l'accès aux services de pédopsychiatrie et la continuité entre les services psychosociaux et médicaux pour les enfants et les jeunes présentant des troubles mentaux
« L'Enquête de Santé Québec montre que les troubles mentaux des jeunes sont beaucoup plus répandus qu'on ne le croit généralement et qu'une minorité d'entre eux reçoivent des services qui leur seraient bénéfiques... Les conséquences de cette situation sont multiples et parfois graves pour les enfants, les jeunes et leur famille; elles se manifestent sous la forme de détresse grandissante, d'un alourdissement des cas, voire d'une chronicisation des troubles mentaux [13]. »
Dans le cadre des années de transformation, la Montérégie a amorcé des actions précises visant à améliorer l'accès aux services d'évaluation et de traitement en pédopsychiatrie sur le territoire, notamment par la désignation récente de l'Hôpital Charles-LeMoyne comme centre de référence spécialisé en pédopsychiatrie, le rapatriement de la clientèle 0-17 ans nécessitant des services spécialisés et la confirmation de 11 lits d'hospitalisation pour la clientèle 10-17 ans. L'actuali-sation récente de ces mesures appelle également la mise en place de mécanismes de liaison avec un ensemble de partenaires locaux et ce, dans la perspective d'une amélioration de la continuité dans les services.
La mise en place des nouvelles structures participatives aux plans régional et local de même que la consolidation des services de première ligne et la mise en place d'une équipe en santé mentale dans chaque CLSC, sont aussi de nouvelles mesures susceptibles de favoriser un accès et une continuité améliorés à l'égard de l'ensemble des services touchant cette clientèle.

Conserver les acquis et maintenir la gamme actuelle d'interventions de base et spécialisées
Le maintien des acquis et de la gamme actuelle d'interventions de base et spécialisées apparaît ici être une nécessité. Le recours aux services hors territoire diminuant de plus en plus et la population augmentant sensiblement d'année en année, il est donc nécessaire de préserver les services déjà dispensés pour conserver une accessibilité minimale. La gamme de services comprend également les services de réadaptation et de réintégration sociale.

Développer la gamme des services locaux, de première ligne et de crise
Les résultats du bilan 1995-1998 nous indiquent un besoin évident d'élargir et d'intensifier le développement de la gamme des services locaux de première ligne et de crise. Ces services de base visent à rendre disponibles, de façon continue, l'accueil, l'évaluation, la réponse immédiate et l'orientation selon les besoins des clientèles à risque y compris les personnes suicidaires. De plus, les familles devraient pouvoir avoir recours à des services, tels l'information adéquate, le soutien psychosocial et le répit, services qui tiennent compte de leurs besoins exprimés.

[13] *Plan d'action pour la transformation des services de santé mentale*, MSSS, 1998.

4.6.2 *Priorités d'action*

Palier local

- Assurer la disponibilité de la gamme essentielle de services requis, dont les services de crise, pour répondre aux besoins des personnes suicidaires et des clientèles à risque (personnes présentant plusieurs problématiques : toxicomanie, etc.);
- offrir des activités de soutien aux familles et aux proches des personnes souffrant de troubles graves et persistants;
- s'assurer de la présence d'équipes de base en CLSC;
- donner accès aux adultes souffrant de troubles graves et persistants, à un logement autonome avec soutien direct et d'intensité variable, à des services de réadaptation et d'intégration psychosociale avec ou sans hébergement ou en milieu naturel;
- développer des services adaptés aux besoins de la clientèle avec des problématiques associées;
- améliorer les compétences professionnelles pour mieux répondre aux besoins des personnes suicidaires;
- préciser les mandats et rôles respectifs de tous les partenaires oeuvrant auprès des personnes suicidaires, de leurs proches et des personnes endeuillées;
- améliorer l'accessibilité aux services locaux pour les personnes présentant des problèmes de santé mentale par une formation appropriée aux omnipraticiens en CLSC, en cabinets privés, etc.

Palier régional

- Assurer la consolidation des services de santé mentale et de pédopsychiatrie pour les enfants et les jeunes;
- utiliser les lits de courte durée pour l'hospitalisation des personnes en phase aiguë et réduire la durée moyenne de séjour en donnant accès à des services de substitution à l'hospitalisation et à des services appropriés pour la clientèle effectuant de longs séjours dans une unité de courte durée;
- développer des programmes de formation des ressources humaines, adaptés aux changements suscités par la transformation des services de santé mentale.

4.7 SANTÉ PHYSIQUE

Les données 1996-1997 indiquent un per capita de 488,28 $ en santé physique pour la Montérégie comparativement à 512,47 $ pour la province. Ces chiffres situent l'indice montérégien à 95,3 % par rapport à la province, ce qui positionne le programme santé physique comme étant le 8e plus déficitaire en Montérégie. L'écart de 24,19 $ référant à la moyenne provinciale traduit un manque à gagner de 31,9 millions $ pour ce programme.
La présente section aborde l'organisation des soins et services en santé physique sous trois grands volets, à savoir :

- Plan de santé physique : ce volet propose une planification triennale des soins et services en santé physique;
- santé physique : programmation;
- services préhospitaliers d'urgence.

4.7.1 *Plan de santé physique*

Au terme de trois années marquées par des transformations majeures dans le champ de la santé physique, la Régie régionale, en collaboration avec des représentants du réseau, a procédé à une démarche de planification des soins et services de santé physique en Montérégie pour les trois prochaines années. Cette démarche, amorcée plus concrètement à l'automne 1997, s'est appuyée sur une analyse détaillée des profils de consommation de la population montérégienne et de la capacité de production des dispensateurs de services de la région. Des travaux particuliers ont mené à la définition d'un panier de soins et services en santé physique propre à la Montérégie. Cette gamme de services se voit dorénavant inscrite dans une dynamique d'accessibilité territoriale à quatre niveaux, soit local, en réseau, régional et hors région.

4.7.1.1 Orientations régionales

Au terme des travaux entourant l'élaboration du plan en santé physique, une série de recommandations ont été formulées. Celles-ci sont reprises intégralement dans le texte qui suit [14]. Ces recommandations tracent les paramètres qui vont orienter la mise en place d'un nouveau modèle d'organisation de soins et services en santé physique en Montérégie. Elles concernent le panier de services, l'organisation et le niveau d'accessibilité des services; elles identifient les dispensateurs principaux et complémentaires et leurs responsabilités respectives; elles fixent certains objectifs de développement et leurs conditions de réalisation et enfin, elles couvrent quelques enjeux régionaux particuliers.

[14] Le lecteur trouvera dans le document *Plan de soins et services en santé physique en Montérégie 1999-2002* l'analyse soutenant les recommandations ici présentées.

En raison de leur caractère plus structurel, cinq de ces recommandations sont rassemblées dans la section suivante couvrant les moyens locaux, régionaux et nationaux. Elles concernent des moyens à mettre en œuvre à court terme pour actualiser ce plan.
Le choix et la formulation des recommandations s'inscrivent dans la perspective d'assurer à la population montérégienne des soins et services de **qualité** et d'en améliorer les conditions d'accès. Quoiqu'implicites à l'ensemble des recommandations retenues, ces principes fondamentaux doivent en tout temps guider nos actions. À ce titre, il est clairement proposé :

1. que la Régie régionale et son réseau d'établissements assurent à la population montérégienne des soins et services de santé physique de qualité, c'est-à-dire accessibles, pertinents, efficients et efficaces;

Considérant le sous-financement relatif du programme de santé physique en Montérégie et les orientations nationales et régionales en matière d'**équité**, il est proposé :

2. que la Régie régionale poursuive ses représentations auprès du Ministère relativement à l'atteinte de l'équité interrégionale dans le programme de santé physique;
3. que la Régie régionale collabore activement aux travaux menés par le Ministère sur la méthode d'équité interrégionale, particulièrement en ce qui a trait aux services nationaux en santé physique;
4. que la Régie régionale assure, à chacun des niveaux d'accessibilité de services dans le territoire, un partage équitable des ressources disponibles sur la base des besoins identifiés (actuels ou anticipés) de la population à desservir;

Pour leur part, l'ensemble des dispensateurs de soins et services de santé physique se doivent d'assurer à la population de la Montérégie, selon leur palier respectif d'intervention et dans la mesure des ressources disponibles, une **accessibilité optimale aux services**. À cet égard, il est proposé [15] :

5. que chaque territoire de CLSC offre, dans la mesure du possible, la gamme complète de services locaux tels que définis dans le plan. En résumé, ces services regroupent, entre autres, le suivi médical, les services à domicile, les services de prélèvements et les soins courants autres que médicaux;
6. que chaque centre hospitalier offre, au minimum, les soins et services généraux tels que définis dans le plan (niveau en réseau - accessibilité étendue). En résumé, ces services comprennent ceux de l'urgence, les services diagnostiques et thérapeutiques de base ainsi que les services d'hospitalisation en médecine générale et spécialisée, en obstétrique et en chirurgie;
7. que chaque pôle hospitalier offre, dans la mesure du possible, la gamme complète de services spécialisés tels que définis dans le plan. En résumé, ces services comprennent un ensemble large de services diagnostiques et thérapeutiques spécialisés ainsi que de médecine et de chirurgie spécialisés;
8. que le centre affilié universitaire offre l'ensemble des services ultraspécialisés et nationaux définis dans le plan au niveau régional;
9. que la Régie régionale s'assure de l'accessibilité aux services spécialisés ou ultra-spécialisés disponibles hors région pour la population montérégienne;

En regard de **l'organisation des services et du partage de responsabilités** entre dispensateurs, il est proposé :

Palier local

10. que les CLSC et les cabinets privés de médecins forment les dispensateurs principaux des services locaux alors que les CH agissent comme dispensateurs complémentaires;
11. que le CLSC, la structure locale du département régional de médecine générale (DRMG) et le centre hospitalier dont le bassin de desserte comprend le territoire de CLSC développent conjointement un modèle intégré de services de santé physique sur une base locale ou multilocale. Ensemble, ces partenaires sont responsables de la planification, de l'organisation, de la gestion et de la dispensation des services de santé physique sur l'ensemble du

[15] Les services identifiés dans les recommandations 5 à 9 le sont à titre indicatif et ne limitent aucunement la liste exhaustive des soins et services qui compose le panier de services, tel que présenté dans le *Plan de soins et services en santé physique en Montégégie 1999-2002.*

territoire. Ils s'assurent également de la mise en place de mesures de coordination entre le niveau local et le niveau en réseau;

En réseau

12. que les CH représentent les principaux dispensateurs des services hospitaliers regroupés par pôle alors que les cabinets de médecins et certains CLSC (pour des services plus spécialisés) agissent comme dispensateurs complémentaires;
13. que tout en assurant un développement des services à accessibilité étendue dans les CH de la Montérégie, ceux-ci développent, conjointement avec les CH de leur pôle respectif, un modèle de services en réseau. Chacun des quatre pôles a la responsabilité d'offrir une gamme de services relativement complète et comparable de services spécialisés. Il s'assure également de la mise en place de mesures de coordination avec la structure locale de services et les autres structures régionales ou hors région;

Les quatre pôles hospitaliers sont formés des établissements suivants : 1) le CH Pierre-Boucher, l'Hôtel-Dieu de Sorel et le Réseau Santé Richelieu-Yamaska, 2) l'Hôpital de Granby, l'Hôpital Brome-Missisquoi-Perkins et l'Hôpital du Haut-Richelieu, 3) le CH Anna-Laberge, le CH régional du Suroît et l'Hôpital Barrie-Memorial et 4) l'Hôpital Charles-LeMoyne.

Palier régional

14. que parmi les quatre pôles hospitaliers, l'Hôpital Charles-LeMoyne soit également identifié le « pôle régional » c'est-à-dire :

- d'une part, le pôle régional qui, à la demande des autres pôles après consultation des équipes médicales concernées et avec l'accord de la Régie régionale, offre sur une base d'ententes de services inter-hospitaliers, les services de deuxième ligne non disponibles dans les autres pôles et ce, en conformité avec les ojbectifs et les recommandations associés aux pôles et sans réduire la portée des recommandations 6 et 7;
- et d'autre part, le « pôle régional » où se développent les services tertiaires et quaternaires, notamment la chirurgie cardiaque et la radio-oncologie, nonobstant que le Centre hospitalier Pierre-Boucher maintienne l'hémodynamie à portée diagnostique et qu'il développe l'hémodynamie à portée thérapeutique ainsi que la pose de stimulateurs cardiaques intracorporels et l'électrophysiologie cardiaque;

15. que le centre hospitalier affilié universitaire développe une programmation de services ultraspécialisés incluant le développement de services nationaux, particulièrement la radio-oncologie et la chirurgie cardiaque;

En regard des **effectifs médicaux** et de l'organisation des services qu'ils dispensent, il est proposé :

16. que la Régie régionale assure aux établissements le support nécessaire au recrutement et à la rétention des effectifs médicaux en omnipratique et en spécialité, particulièrement dans les secteurs en pénurie ou en croissance tels qu'en anesthésie, en psychiatrie et en néphrologie;
17. que la Régie régionale procède, dans les meilleurs délais, à la mise sur pied du département régional de médecine générale (DRMG);
18. que la Régie régionale s'assure que le modèle d'organisation des services médicaux généraux éventuellement élaboré par le département régional de médecine générale (DRMG) respecte et intègre les modèles d'organisation de services en santé physique tels que proposés dans le plan;
19. que tous les établissements, pour satisfaire les besoins du milieu, se donnent un plan de recrutement des effectifs médicaux conforme au plan d'action de leur pôle hospitalier respectif;

Compte tenu de la volonté de la région d'accroître son **niveau d'autosuffisance** en matière de soins et de services de santé physique en Montérégie; de l'importance d'assurer à l'ensemble de la population montérégienne une accessibilité optimale aux services de base dans son territoire de CLSC; de la capacité

limitée du réseau d'établissements d'absorber les impacts de la croissance démographique, du virage ambulatoire de Montréal-Centre et d'une hausse possible de rétention non intentionnelle; des gains de performance réalisés par les CH de la Montérégie (qui surpassent généralement leur groupe de référence, voire même les normes ministérielles); de l'état de sous-financement du programme de santé physique en Montérégie par rapport à la moyenne provinciale, il est proposé :

20. que chaque territoire local vise une autosuffisance optimale en matière de services de santé physique tels qu'identifiés au palier local d'accessibilité, en respectant les limites qu'impose la liberté de choix de la population en matière de services médicaux;
21. que la région vise, en matière d'hospitalisation, une autosuffisance régionale permettant de maintenir le ratio de lits de courte durée au minimum à 1,8 lits par 1 000 de population desservie;
22. que la Régie régionale s'assure que le financement additionnel requis vienne en fonction du développement des services spécialisés, ultraspécialisés ou nationaux, permettant ainsi de réaliser le rapatriement de la clientèle montérégienne consommant des services en dehors de la région;

Considérant l'étendue des besoins et les ressources limitées ainsi que l'existence de liens systémiques entre les soins et services de base et les hospitalisations courantes, il est proposé que la Régie régionale procède à la **priorisation des investissements** selon les conditions suivantes :

23. que les recommandations 20 (services locaux) et 21 (ratio de lits) soient, dans la mesure du possible, réalisées simultanément. Par ailleurs, l'accroissement éventuel du parc de lits de courte durée au-delà de la norme de 1,8/1 000 ne devrait pas se réaliser au détriment de la recommandation 20 touchant les services locaux;
24. que la réalisation de la recommandation 22 (services spécialisés, ultraspécialisés ou nationaux) soit subordonnée à celle des recommandations 20 (services locaux) et 21 (ratio de lits). De plus, dans la mesure où celle-ci sous-tend un rapatriement intentionnel d'une partie de la clientèle montérégienne consommant ce type de services à l'extérieur de la région, il apparaît justifié de le rendre conditionnel à l'obtention des ressources financières qui y sont actuellement rattachées;

Dans le respect du principe d'équité dans l'accessibilité aux services et dans un souci de reconnaissance des efforts de **performance** réalisés par les dispensateurs, il est proposé :

25. que la Régie régionale tienne compte, dans les exercices de budgétisation, des mesures de performance disponibles et des résultats d'efficience obtenus par les dispensateurs;
26. que la Régie régionale, en partenariat, élabore ou actualise des indicateurs de services et des mesures de performance pour les services de santé physique au niveau local;
27. que la Régie régionale amorce, en partenariat, des travaux sur l'analyse de la pertinence de l'utilisation des services d'hospitalisation et des services ambulatoires à travers les quatre niveaux de services identifiés dans le plan;

Le développement du secteur de la santé physique s'inscrit dans un environnement sociosanitaire plus large qui influence sans contredit son évolution. À cet égard, certains **enjeux significatifs** doivent être considérés dans la formulation de recommandations puisqu'ils conditionnent l'atteinte des orientations proposées. À cet égard, il est proposé :

28. que la Régie régionale et son réseau s'engagent activement dans les projets du plan de modernisation s'appliquant au domaine de la santé physique et s'assurent que les bénéfices afférents contribuent à améliorer l'accessibilité à des soins et services de santé physique de qualité;
29. que la Régie régionale et son réseau optimisent les liens avec les dispensateurs privés de soins et de services de santé physique (ex. : cabinets de médecins, cliniques privées) de manière à assurer

une accessibilité optimale aux services dans un souci de performance économique, tout en respectant les principes de base du système de santé québécois;

30. que la Régie régionale et son réseau améliorent ou développent l'environnement informationnel (supports informatiques, méthodes uniformes d'enregistrement des données, etc.) devant permettre de monitorer et d'évaluer, le cas échéant, les activités associées au virage ambulatoire et ce, peu importe l'établissement ou l'organisme dispensateur;

31. que la Régie régionale et son réseau explorent les projets de télémédecine et évaluent les conditions d'applicabilité de ceux-ci dans les établissements de la Montérégie;

L'exercice de planification des soins et des services en santé physique a donné lieu à la formulation de recommandations stratégiques devant guider le développement de ce secteur pour les trois prochaines années. La prochaine étape consiste, pour la Régie et les dispensateurs concernés, à élaborer une programmation qui va préciser les conditions d'application de ce plan. Cet exercice devrait s'enclencher avec l'adoption du plan et de ses recommandations. Le plan avance toutefois cinq recommandations de nature plus structurelle qui devraient assurer les conditions préalables et essentielles à sa mise en oeuvre. Ces recommandations sont les suivantes :

32. que les représentants médicaux locaux (pratiquants en cabinets privés et en CLSC) et le CLSC concerné produisent et déposent à la Régie régionale d'ici douze mois un plan d'organisation local de santé physique incluant le modèle intégré de services et un échéancier de réalisation;

33. que les représentants médicaux, les gestionnaires et les administrateurs des CH concernés dans chaque pôle produisent et déposent à la Régie régionale d'ici douze mois un plan d'organisation de services en réseau incluant un modèle d'échange de services et de partage de ressources, les ententes de services hors région ainsi qu'un échéancier de réalisation;

34. que les représentants médicaux, les gestionnaires et les administrateurs du centre affilié universitaire produisent et déposent à la Régie régionale d'ici douze mois un plan d'organisation de services régionaux incluant un modèle d'ententes de services hors région ainsi qu'un échéancier de réalisation;

35. que la Régie régionale produise et achemine au Ministère d'ici douze mois les études de pertinence et de faisabilité et les demandes appropriées dans le but d'obtenir un service de radio-oncologie et un service de chirurgie cardiaque en Montérégie. Dans le cadre de ce plan triennal 1999-2002, que la Régie régionale s'engage à développer et à opérationnaliser l'hémodynamie, l'angioplastie et la chirurgie cardiaque au sein du « pôle régional », à savoir à l'Hôpital Charles-LeMoyne;

36. que la Régie régionale assiste les centres hospitaliers dans la planification et l'implantation d'un modèle intégré de services ambulatoires.

À ce stade-ci, l'élaboration d'un plan en santé physique veut permettre de rassembler l'ensemble des actions en cours et celles projetées dans un cadre stratégique précis et commun à tous les partenaires. Les recommandations présentées forment l'essence du plan en santé physique qui, une fois adopté par le conseil d'administration de la Régie régionale, devrait guider nos actions en santé physique pour les trois prochaines années.

4.7.2 SANTÉ PHYSIQUE : PROGRAMMATION

En conjonction avec la mise en œuvre du plan de santé physique, des mesures spécifiques seront réalisées en regard des orientations suivantes.

4.7.2.1 Orientations régionales

Viser 80 % d'autosuffisance régionale en dialyse rénale
D'ici l'an 2000, viser un taux d'autosuffisance de 80 % en hémodialyse et s'assurer que 50 % des personnes dialysées bénéficient d'un mode de traitement autonome. De plus, on devra offrir à toutes les personnes dialysées, un support équitable pour le transport, les médicaments et les services psychosociaux.

Hausser les taux de rétention de la clientèle dans les secteurs d'activité désignés de la santé physique

Conformément à l'entente entre les cinq régies du Montréal-Métropolitain, la Régie régionale de la Montérégie entend mettre l'accent sur le rapatriement de la clientèle notamment dans les secteurs de la dialyse rénale, de la cardiologie (stimulateurs cardiaques), de la pédiatrie et de l'obstétrique.

Assurer l'accessibilité dans le cadre des services de périnatalité

Conformément à la Politique de périnatalité, la Régie régionale entend favoriser la mise en place de mécanismes permettant d'améliorer la qualité de vie et d'expérience des femmes enceintes, des pères et des nouveau-nés et de mieux soutenir les familles.

La Régie régionale prévoit poursuivre, en collaboration avec les différents partenaires, l'organisation des services amorcée dans le cadre d'un programme de congé précoce, où les rôles et les responsabilités de chaque établissement (Régie régionale, centre hospitalier, CLSC) seront clairement établis tout au cours des périodes de suivi prénatal, périnatal et postnatal tout en assurant à l'ensemble de la clientèle une accessibilité gratuite et universelle.

Assurer l'accessibilité dans le cadre des services de planification des naissances

Les orientations ministérielles en matière de planification des naissances comportent, pour le secteur de la santé et des services sociaux, les cinq volets suivants :

- Le volet contraception;
- le volet interruption volontaire de grossesse;
- le volet stérilisation;
- le volet infertilité;
- les services d'information et de prévention en sexualité.

Des cinq volets retenus, la priorité régionale a été accordée aux services d'interruption volontaire de grossesse chez les femmes vivant une grossesse non désirée et plus particulièrement chez les adolescentes. Les volets contraception et services d'information et de prévention en sexualité font également l'objet de priorisation dans le cadre du programme de santé publique de la région. Les volets stérilisation et infertilité n'étant pas offerts sur le territoire actuellement, la Régie régionale aura à évaluer la possibilité de développement de tels services.

Introduire dans le réseau la pratique de sages-femmes

L'introduction dans le réseau de la pratique autonome des sages-femmes devrait être favorisée et intégrée aux services de première ligne dans le continuum de services périnataux.

Réduire les listes d'attente en chirurgie

La réduction des listes d'attente en chirurgie passe par la recherche d'une meilleure adéquation des ressources aux besoins et par des mesures comme une utilisation optimale des lits, une meilleure gestion du bloc opératoire, le développement de la pré-admission, de la chirurgie d'un jour et de la chirurgie le jour même de l'admission.

Mettre en place un système intégré et sécuritaire de gestion du sang dans les centres hospitaliers

Explorer les secteurs médicaux pouvant bénéficier de la télémédecine

L'évolution rapide des systèmes d'information de pointe ainsi que leurs applications diversifiées ont fait en sorte que le secteur de la télémédecine est en plein essor. Ceci devient de plus en plus une réponse à la recherche de solutions nouvelles dans le contexte de pénurie actuelle. Cette technologie est un moyen de prestation de soins de santé de qualité supérieure, à coût moindre, à un plus grand nombre de personnes dans des localités éloignées dotées de services médicaux incomplets. Elle permet en outre :

- d'effectuer le suivi des malades tout en réduisant les frais de déplacement;
- d'offrir un accès immédiat à des installations spécialisées pour des malades en phase critique;
- d'offrir des services au sein même de la communauté;
- de faciliter la formation médicale continue[18].

Le gouvernement du Québec a déjà appuyé deux expériences pilotes d'envergure (télépédiatrie, réseau interrégional) et d'autres initiatives ont été entreprises dans divers milieux. Les secteurs les plus touchés par cette technologie sont entre autres : téléradiologie, télépathologie, téléchirurgie, télépsychiatrie, etc.

Dans cette optique, les récentes orientations ministérielles encouragent fortement l'utilisation de cette technologie et la Montérégie entend explorer plus à fond ce créneau, particulièrement dans les secteurs de services spécialisés les plus dépourvus.

4.7.2.2 Priorités d'action

Paliers local et régional

Dans le cadre des dossiers majeurs de programmation, les moyens proposés pour l'atteinte des objectifs fixés se résument comme suit :

- Planifier les structures permettant l'atteinte des objectifs fixés entourant le rapatriement de clientèles dans les secteurs de la dialyse rénale, de la

[18] Tiré de : *Télémédecine-Solution services de santé Bell*, Bell, 1997

cardiologie (stimulateurs cardiaques), de la pédiatrie et de l'obstétrique;

- assurer une approche intégrée des services de planification des naissances. En regard des interruptions volontaires de grossesse, finaliser le choix des distributeurs de services afin d'assurer l'accessibilité universelle;
- planifier la structure de services entourant la venue des sages-femmes pour septembre 1999;
- créer des comités de médecine transfusionnelle pour encadrer les pratiques médicales en matière de transfusion sanguine, nommer un adjoint chef technologiste ainsi qu'un chargé de la sécurité transfusionnelle qui se répartiront les tâches avec le chef hématologiste. Un système d'information des données viendra supporter le programme;
- identifier et étudier les secteurs propices au développement de la télémédecine;
- susciter l'élaboration et l'implantation de projets pilotes en télémédecine.

4.7.3 Services préhospitaliers d'urgence

4.7.3.1 Orientations régionales

En 1997-1998, la Montérégie s'est dotée d'un cadre global de référence portant sur les services préhospitaliers d'urgence. Ce cadre et les cadres de gestion dérivés prévoient pour les prochaines années des actions prioritaires reliées à l'implantation de la centrale de coordination des appels et à l'amélioration de la qualité des services.

Implanter la centrale de coordination et de répartition des appels

L'implantation de la centrale de coordination et de répartition des appels vise à offrir à la population montérégienne des services préhospitaliers intégrés au réseau de la santé, notamment aux centres hospitaliers, et à permettre ainsi un traitement efficace et rationnel à une demande de services en croissance constante depuis les dernières années.

Mettre en place un programme d'appréciation de la qualité

La centrale de coordination et de répartition des appels constitue le centre névralgique des opérations préhospitalières. Le cadre de référence ainsi que le cadre de gestion de la centrale prévoient la mise en place d'un système d'appréciation de la qualité des activités de cette dernière ainsi que la mise en place d'un système d'information approprié.

L'adhésion au programme nord-américain de centre d'excellence représente le premier pas dans cette direction. Après la défibrillation et l'intubation, la Montérégie a été la première région à introduire le concept de traitement par médication de pathologies précises à l'aide de protocoles préétablis. Le premier volet touché dans ce domaine fut celui du traitement des réactions anaphylactiques; l'introduction de quatre autres types de médication est prévue dans les années à venir. Tous ces changements dans le mode d'intervention nécessitent la mise en place d'un contrôle de qualité.

La révision des orientations nationales en matière de services préhospitaliers d'urgence annoncée pour l'automne 1999 devrait teinter l'ensemble des travaux prévus dans ce domaine en Montérégie. L'implantation de la centrale de coordination et de répartition des appels nécessitera également des modifications aux contrats pour tenir compte du déploiement des flottes d'ambulances et des nouvelles réalités comme le support médical à distance.

Développer un support médical à distance en milieu préhospitalier

Les services préhospitaliers d'urgence représentent la principale voie d'accès au réseau de la santé des usagers à haut risque. L'inclusion d'un service de support médicalisé à distance permet un accès rapide aux services spécialisés tout en créant une concentration des expertises indispensables à ce genre d'intervention tant en milieux préhospitalier qu'hospitalier.

La mise en place d'un plateau technique adapté assurant la gestion et la coordination efficientes des appels sélectionnés à l'aide de protocoles éprouvés et d'un encadrement médical direct, représente une innovation faisant appel à une nouvelle façon de faire et à la technologie moderne. Ainsi, la clientèle des traumatisés et la clientèle en neurologie ou en cardiologie pourront accéder plus rapidement aux services spécifiques dont elles ont besoin.

La réalisation de ce projet devra se dérouler dans un souci constant d'appréciation de la qualité et d'amélioration des services offerts à la population montérégienne.

Réviser le plan des mesures d'urgence

À la suite de la crise du verglas de l'hiver 1998, plusieurs travaux d'évaluation ont été effectués afin de préciser les forces et les faiblesses des interventions du réseau de la santé et des services sociaux qui ont eu cours durant cette période. Parmi ces travaux, le rapport Pauchant[17], commandé par la Régie régionale, avait pour but de dresser un bilan global de la réaction du réseau de la santé et des services sociaux de la Montérégie afin de recommander des améliorations quant à la prévention et à la gestion des urgences et des sinistres. Ce rapport est porteur de plus de 40 recommandations.

L'ampleur des mesures déployées lors du verglas a également permis de réaffirmer l'importance du rôle des partenaires du réseau de la santé et des services sociaux et des organismes extérieurs tels que les différents ministères et les municipalités.

---

[17] *Le réseau de la santé et des services sociaux de la Montérégie, ses partenaires et les citoyens face à la tempête du verglas de l'hiver 1998 : évaluation et recommandations*, (Rapport Pauchant) La RRSSSM, 1998.

En tenant compte de ces aspects, la Régie régionale entend élaborer, en concertation avec ses partenaires, un plan d'action qui tienne compte des recommandations contenues dans le rapport Pauchant[17] sur la gestion des urgences. Ce plan viserait notamment à : 1) dynamiser la planification des mesures d'urgence et la gestion des crises dans le réseau de la santé et des services sociaux; 2) s'assurer de l'implication de tous les éléments du système de santé dans la planification future des mesures d'urgence; 3) clarifier les rôles et responsabilités des partenaires dans la prise en charge des clientèles lors d'un sinistre; 4) favoriser le développement des connaissances des gestionnaires des organismes du réseau en matière de planification des mesures d'urgence et 5) bonifier l'intervention des mesures d'urgence de la Régie régionale.
Les recommandations issues des travaux de la Commission Nicolet, leurs impacts auprès de la Sécurité civile et les recommandations découlant du nouveau plan d'urgence du ministère de la Santé et des Services sociaux, viendront sans doute solliciter certains ajustements à la démarche régionale dans le cours du présent exercice.

4.7.3.2 Priorités d'action

Paliers local et régional :

- Démarrer la centrale de coordination et de répartition des appels à l'automne 1998, tout en favorisant l'adhésion de la totalité des titulaires de permis de la région et le développement d'ententes interrégionales;
- réévaluer les programmes de moniteur-défébrillateur et du « Combitube » à la lumière des résultats des trois dernières années;
- évaluer le programme de médicalisation des interventions préhospitalières à chaque phase de son implantation;
- adapter la formation et le perfectionnement des intervenants aux nouvelles réalités;
- évaluer l'intégration des services préhospitaliers à l'ensemble du réseau de la santé et travailler à son amélioration continue;
- appliquer à l'activité des premiers répondants un processus d'appréciation de la qualité comparable à celui des techniciens ambulanciers;
- rédiger les protocoles et algorithmes nécessaires au support médical à distance et voir à l'implantation des services;
- arrimer les activités reliées à la traumatologie préhospitalière avec le support médical à distance;
- élaborer un plan régional d'action en matière de mesures d'urgence découlant des recommandations du rapport Pauchant en collaboration avec l'ensemble des partenaires et procéder à son actualisation.

4.8 SANTÉ PUBLIQUE

Les données 1996-1997 indiquent un per capita de 21,65 $ en santé publique pour la Montérégie comparativement à 25,76 $ pour la province. Ces chiffres situent l'indice montérégien à 84,0 % par rapport à la province, ce qui positionne le programme de santé publique comme étant le 6e plus déficitaire en Montérégie. L'écart de 4,11 $ référant à la moyenne provinciale traduit un manque à gagner de 5,4 millions $ pour ce programme.
L'investissement en santé publique devrait se poursuivre en y allouant 20 % des allocations de développement dans le cadre de l'équité interprogrammes.
Bien que les investissements en promotion et en prévention aient progressé significativement entre 1995 et 1998, certains secteurs de la santé publique (au palier local) ont vu leur niveau de ressources diminuer durant cette période.
Également, la question de l'intégration de plusieurs services à caractère préventif, à l'intérieur des continuums de services spécifiques à certaines problématiques ou clientèles, a été soulevée. Enfin, l'intégration des activités préventives des CLSC à l'intérieur d'une programmation locale en lien avec les autres partenaires locaux et la programmation régionale reste à compléter.

4.8.1 La protection

Les activités courantes de protection de la santé seront maintenues dans le domaine des maladies infectieuses, de l'environnement et de la santé au travail. Certains dossiers d'actualité, dont l'hémovigilance (en raison de l'implantation d'un programme québécois de distribution de produits sanguins) et celui des maladies infectieuses acquises en milieu de soins (en raison des nouvelles tendances dans ce type d'infection à la suite du virage ambulatoire) commanderont une participation importante des intervenants de santé publique au développement de ces dossiers, en collaboration avec les intervenants du milieu clinique. Pour leur part, les problèmes émergents en santé environnementale commandent le développement de services experts. Une attention spéciale sera donnée aux services d'information et de protection du public, en cas de sinistre.

4.8.2 La connaissance/surveillance/recherche

Les activités de connaissance-surveillance de l'état de santé et de bien-être ainsi que les travaux de recherche seront orientés

principalement autour de thématiques spécifiques aux priorités régionales en santé publique (décrites au point suivant).

4.8.3 La promotion et la prévention

4.8.3.1 Les priorités régionales de santé publique

Les priorités retenues en santé publique pour la période 1998-2002 sont les sept priorités nationales de santé publique [18] :

1. Le développement et l'adaptation sociale des enfants et des jeunes :
   - prématurité/grossesse à l'adolescence/abus négligence/violence chez les jeunes/suicide - tentative de suicide;
2. les maladies évitables par l'immunisation :
   - promotion de la vaccination (pour permettre une plus grande couverture vaccinale des différentes populations à risque);
3. le VIH-SIDA et les maladies transmissibles sexuellement (MTS) :
   - prévention de la transmission du VIH dans toutes les clientèles touchées et particulièrement en lien avec la toxicomanie;
   - prévention des MTS d'origine bactérienne ou virale.
4. le dépistage du cancer du sein :
   - programme de dépistage du cancer du sein (actuellement en place en Montérégie depuis 1998);
5. le tabagisme :
   - stratégie de lutte au tabagisme et de soutien aux programmes de cessation de fumer;
6. les traumatismes non intentionnels et intentionnels :
   - non intentionnels : traumatismes routiers/chutes chez les personnes âgées/intoxication/brûlures, etc.;
   - intentionnels : suicide/violence envers les personnes/violence conjugale/agression sexuelle/ violence familiale/violence envers d'autres groupes vulnérables, notamment les enfants et les jeunes, les personnes âgées, les personnes handicapées, les femmes homosexuelles et les hommes homosexuels, les femmes des milieux multiethniques, les femmes immigrantes et les femmes autochtones;
7. l'alcoolisme et les toxicomanies :
   - lutte à la consommation excessive d'alcool, particulièrement chez les jeunes, et prévention de la consommation de drogues illégales et de la surconsommation des médicaments psychotropes, résultant fréquemment d'une surprescription, particulièrement chez les femmes et les personnes âgées.

4.8.3.2 Autres actions et cibles en promotion et en prévention

Les autres actions de santé publique à poursuivre régionalement devront s'inscrire dans la perspective des objectifs de la Politique de la santé et du bien-être (1992) et du Programme régional de santé publique.

Un système de suivi d'indicateurs spécifiques à chacune de ces priorités a été développé provincialement et les établissements et organismes impliqués seront appelés à y contribuer. Ce système devra permettre une rétroaction fréquente sur l'évolution de chacun des indicateurs, de manière à réorienter, au besoin, les actions menées en vue de l'atteinte des objectifs.

L'atteinte des objectifs de santé, en lien avec les sept priorités régionales de santé publique et le Programme régional de santé publique, nécessitera l'articulation de certaines interventions avec les programmes clientèle autres que « santé publique ».

Ce sont particulièrement les interventions préventives et promotionnelles, qui s'adressent à des individus et à leur famille, qui devront être arrimées aux programmes clientèle. Cet effort d'intégration devra porter en priorité sur les priorités régionales de santé publique.

4.8.3.3 La stratégie de programmation en promotion et en prévention pour 1999-2002

Les actions de santé publique sont, pour la plupart, menées auprès de populations identifiables à certains groupes d'âge ou à certaines communautés. Les différentes actions visant une même clientèle gagnent souvent à être intégrées ou harmonisées afin de maximiser leur impact, que cette action soit menée au plan local ou régional.

C'est pourquoi, il a été convenu d'établir les priorités d'action par groupes d'âge, ces groupes étant les suivants :

[18] Cette liste ne se prétend pas exhaustive quant aux dossiers en lien avec les sept priorités. Le lecteur est prié de se référer au document sur les *Priorités nationales de santé publique 1997-2002*, MSSS, 1997, pour l'information complète.

- Petite enfance (0-5 ans);
- Jeunesse (5-18 ans);
- Adultes (18-65 ans);
- Personnes âgées (65 ans et plus);
- Population en général

Les priorités d'action, par groupes d'âge, devraient permettre les résultats suivants :

- L'émergence et la consolidation de partenariats entre les différents acteurs des établissements, des organismes de la communauté et des partenaires de l'intersectoriel;
- l'appropriation des objectifs de santé par les intervenants et organismes impliqués;
- la facilitation des liens entre les interventions à caractère préventif et celles à caractère curatif;
- une meilleure standardisation des pratiques en santé publique.

➢ **Petite enfance :**

- Au Québec, comme en Montérégie, on observe depuis plusieurs années une baisse constante des taux de mortalité infantile et des taux de mortalité chez les enfants de 1 à 4 ans. Plusieurs problèmes de santé potentiellement évitables continuent cependant d'affecter grandement la santé et le bien-être des tout-petits.

La promotion de la santé et du bien-être des tout-petits constitue, sans aucun doute, une priorité importante pour la Montérégie. L'implantation récente des programmes régionaux de stimulation précoce, d'allaitement maternel ainsi que du programme régional intégré de services et d'interventions en périnatalité en Montérégie (PRINSIP), témoigne amplement de cette réalité.
Malgré ces efforts, beaucoup reste à faire pour soutenir l'implantation d'une gamme complète d'interventions à visée préventive auprès des enfants de 0 à 5 ans et de leur famille en Montérégie.
Les priorités d'action devraient assurer :

- La disponibilité, l'accessibilité et la coordination, dans tous les territoires de CLSC, d'une gamme de services préventifs universels (exemple : cours prénataux, allaitement maternel, valorisation du rôle et de l'engagement des pères, visite postnatale à domicile à la suite d'un congé précoce, abandon de programmes de dépistage non recommandés, etc.) et l'amélioration des pratiques cliniques relatives aux soins préventifs prénatals et périnatals et aux soins préventifs destinés aux enfants;
- la consolidation du programme régional de stimulation précoce 0-2 ans et le développement d'un tel programme chez les 2 à 4 ans;
- une saine alimentation des tout-petits, notamment par le renforcement des mesures de promotion, soutien et protection de l'allaitement maternel;
- le maintien du programme PRINSIP;
- la consolidation des divers projets de soutien parental déjà implantés en Montérégie (exemple : marrainage, YAPP, programmes de renforcement des compétences parentales, etc.);
- le soutien d'activités ciblées en promotion de la santé dans les milieux de garde, les écoles et les municipalités;
- la promotion de la sécurité physique et environnementale des tout-petits;
- le maintien et le renforcement de l'immunisation pour les enfants;
- l'amélioration de la santé dentaire des enfants de 0 à 5 ans.

➢ ***Jeunesse :***

Un programme global de prévention/promotion pour la clientèle jeunesse (5 à 17 ans) a été élaboré par un groupe de travail multisectoriel impliquant les CLSC, les organismes communautaires, le milieu scolaire, le milieu municipal, les Centres jeunesse et la Régie régionale. Ce programme vise essentiellement la mise en commun des énergies de tous les partenaires concernés par la santé et le bien-être des jeunes et un virage vers l'action sur les déterminants de la santé et du bien-être.

Les priorités d'action visent particulièrement la mise en place :

- d'un soutien des milieux scolaires afin que soient accessibles les activités prévues au curriculum scolaire en lien avec la santé et le bien-être, pour tous les jeunes de la Montérégie;
- d'actions plus intensives et complémentaires au curriculum scolaire auprès :
  - des jeunes et des parents vivant en milieu défavorisé;
  - des jeunes qui vivent des situations de vie critiques (jeunes témoins ou victimes de violence, jeunes dont les parents souffrent d'un problème de santé physique ou mentale important, jeunes en adaptation scolaire, jeunes en réadaptation sociale, jeunes nouvellement immigrés, jeunes dont les parents ont un conflit conjugal persistant ...);
- d'actions sur l'ensemble des déterminants de la santé et du bien-être mais en misant d'abord :
  - sur le développement des capacités personnelles et sociales des jeunes, des compétences parentales et du soutien social des jeunes et de leur famille;
  - sur l'accessibilité aux services préventifs particulièrement en matière de planification des naissances, dans le cadre de cliniques jeunesse;
  - sur l'aménagement physique des milieux afin de créer un environnement favorable à l'adoption de saines habitudes de vie et à la sécurité.

Enfin, le défi proposé dans ce programme est de voir à son implantation localement. Une démarche de planification est proposée et elle implique étroitement les différents acteurs concernés. Elle a pour but de générer une mobilisation intersectorielle afin que soit élaboré un plan d'action local qui réponde aux besoins particuliers des jeunes du territoire (habituellement, le territoire de CLSC). Ce dernier devra contenir plusieurs éléments tels que les projets retenus et les organisations responsables de les réaliser, les milieux et les clientèles ciblées ... Des facteurs de réussite sont aussi nommés dans le programme et devraient être tenus en compte lors de l'élaboration du plan d'action local afin de maximiser les chances de succès.

Un soutien régional doit aussi être disponible pour favoriser l'atteinte des objectifs du programme. Il doit comprendre des activités de connaissance-surveillance, d'évaluation, de formation des intervenants, d'information de la population, de ressources-conseil, etc.

➢ Adultes :

Un certain nombre de problèmes concernant la clientèle adulte (18-65 ans) ont déjà été reconnus comme prioritaires et sont clairement identifiés dans la Politique de la santé et du bien-être, dans les priorités nationales et dans le Programme régional de santé publique par exemple : le cancer du sein, les maladies évitables par immunisation, les MTS et le VIH-SIDA, la violence conjugale, le suicide, le tabagisme et les maladies cardiovasculaires.

D'autres problèmes en regard de la sédentarité chez les hommes et les femmes, de la malnutrition chez les familles défavorisées ou encore des problèmes d'adaptation psychosociale pour la clientèle vivant dans des conditions de vie critiques (chômage, défavorisation...) vont contribuer à diminuer l'état de santé chez certains groupes à risque, soit en raison de leur mode de vie, de leur situation économique ou encore de leur situation de monoparentalité.

Les priorités d'action devraient viser :

- l'implantation complète du programme du dépistage du cancer du sein;
- la diminution du tabagisme;
- le renforcement de l'immunisation;
- la promotion de l'activité physique;
- la prévention du VIH-SIDA et des MTS;
- la prévention des toxicomanies et la réduction des conséquences;
- le renforcement des actions pour contrer la violence, notamment par la promotion des comportements pacifiques, la concertation des différents organismes impliqués dans l'intervention auprès des victimes de violence et l'application des protocoles cadres socio-

juridiques pour les victimes de violence, l'identification précoce des personnes victimes de violence et la promotion de services désignés pour les victimes d'agression sexuelle;

- l'expérimentation et l'évaluation de projets de prévention du suicide.

➢Personnes âgées :

L'isolement social, la pauvreté et la perte de capacité fonctionnelle sont des phénomènes fréquemment rencontrés chez les personnes âgées. Ces personnes souffrent de plusieurs problèmes, notamment :

- la dépression;
- l'alcoolisme;
- le suicide;
- les abus et la négligence (incluant la violence);
- la surconsommation de médicaments et particulièrement les psychotropes;
- les problèmes cognitifs réversibles;
- les situations de handicaps liés aux pertes auditives et visuelles.

Conséquemment, les priorités d'action devraient s'assurer :

- du support aux mesures d'intégration sociale pour contrer l'isolement;
- du soutien à l'aide naturelle;
- du bon usage des médicaments;
- de la saine nutrition pour contrer les problèmes nutritionnels;
- de la santé buccale et dentaire;
- de l'activité physique régulière.

Quant aux interventions identifiées dans les Priorités nationales de santé publique 1997-2002, elles feront l'objet d'une attention particulière. Ce sont :

- l'immunisation contre l'*influenza*;
- des interventions, lorsque leur efficacité sera établie pour prévenir les chutes;
- l'application de modèles validés d'intervention pour contrer la violence, l'abus et la négligence à l'égard des personnes âgées.

➢Population en général :

De ce côté, la programmation devra s'intéresser en priorité aux traumatismes non intentionnels et au tabagisme, à l'analyse et à la gestion des risques, à la lutte contre les inégalités et à l'action sur les déterminants sociaux.

L'analyse et la gestion des risques devront porter sur les risques de nature physique, chimique ou biologique et devront impliquer des interventions à caractère intersectoriel. Ce processus devra également être accompagné d'actions visant à promouvoir le développement durable, soit qui répond aux besoins du présent sans compromettre la capacité des générations futures de répondre aux leurs.

Quant à la lutte contre les inégalités et à l'action sur les déterminants sociaux, elles devront se traduire par des actions concrètes au plan national tout comme par des actions sur le terrain visant à mieux répondre aux besoins des personnes des milieux défavorisés. L'action sur les déterminants sociaux devra être supportée spécifiquement par la Régie régionale.

4.8.4 L'ORGANISATION DE LA SANTÉ PUBLIQUE AUX PALIERS LOCAL ET RÉGIONAL

En conformité avec les orientations ministérielles sur la consolidation des services et sur l'intégration des services sur des bases locale et régionale, l'organisation de la santé publique devrait être consolidée selon les paramètres suivants.

Paliers local et régional

- S'assurer que l'offre de services soit complémentaire entre le niveau local et le niveau régional;
- privilégier la concertation entre la Direction régionale de la santé publique et chaque type d'établissements et d'organismes requis pour la participation aux programmes de santé publique;
- s'assurer que les conditions soient en place pour permettre, à tous les niveaux, une véritable mobilisation intersectorielle.

Palier local

- Rendre accessibles, sur une base locale, les activités de prévention des problèmes de santé et de bien-être

et de promotion qui s'adressent aux individus et à leur famille, dans le respect des caractéristiques de ces clientèles;

- assurer le développement, par territoire de CLSC, de l'intervention en milieu défavorisé;
- mettre en oeuvre des stratégies concrètes pour améliorer les conditions de vie de la population et des clientèles plus vulnérables par les moyens suivants :
  - le soutien à l'action intersectorielle entre les différents acteurs impliqués au niveau local;
  - l'implication dans l'élaboration de politiques publiques saines, particulièrement en milieu municipal;
  - le soutien au développement des réseaux d'entraide et au développement social des communautés;
- mettre en place un mécanisme d'évaluation des actions de santé publique et de reddition de compte des principaux acteurs.

Palier régional

- Concentrer, au niveau régional, les actions de santé publique visant à protéger et à promouvoir la santé et le bien-être de la population;
- assurer l'intégration des actions de santé publique aux champs de la santé mentale, de la santé physique, de l'adaptation sociale et de l'intégration sociale;
- développer des mécanismes de soutien continu des CLSC et des organismes communautaires, pour l'échange d'expertises, le soutien au développement de stratégies efficaces de mobilisation des communautés, la réalisation de projets pilotes, l'organisation et l'évaluation des services de première ligne en santé publique;
- rendre accessible, à l'Institut national de santé publique, l'expertise développée en Montérégie et intégrer à la programmation régionale de santé publique, les développements issus des travaux de l'institut;
- soutenir la transition d'une gestion par projet à une gestion par programme en cherchant à intégrer les différents niveaux d'intervention auprès d'une même clientèle;
- développer et soutenir l'action intersectorielle avec les partenaires régionaux;
- orienter la budgétisation vers un mode qui corresponde aux exigences de l'intervention en santé publique et aux besoins particuliers des établissements et organismes;
- assurer la mise en place de mécanismes de protection budgétaire pour les sommes consenties aux paliers local et régional.

ORIENTATIONS RÉGIONALES QUI S'INSCRIVENT À L'INTÉRIEUR DE TOUS LES PROGRAMMES CLIENTÈLE

LE PARTENARIAT ENTRE LA RÉGIE RÉGIONALE ET LES ORGANISMES COMMUNAUTAIRES ET BÉNÉVOLES

Au fil des ans, les organismes communautaires et bénévoles ont joué un rôle de plus en plus important dans les réponses à apporter aux besoins sociaux et aux besoins de santé de la population. Ces organismes naissent de l'identification d'un besoin par une communauté, dans un milieu donné. Ils sont créés à l'initiative des personnes membres de cette communauté.

Ces groupes issus du milieu ont su répondre à une multitude de besoins non couverts, ou insuffisamment couverts, par le réseau public et ont démontré une capacité d'innover pour répondre adéquatement à des besoins nouveaux ou en développant des pratiques nouvelles. Pour les groupes communautaires, le service n'est pas une fin en soi. Il est une réponse à un besoin précis, mais il est également imbriqué au travail d'information, d'éducation, de participation, de responsabilisation et de mobilisation des participants au sein de l'organisme.

Pour ces organismes, leur mission propre et spécifique est donc déterminée par les communautés qui en sont à l'origine.

Le partenariat que la Régie régionale entend consolider avec les organismes communautaires et bénévoles doit s'accompagner d'un soutien financier adéquat permettant à ces derniers de jouer pleinement leur rôle comme acteur au sein du réseau de la santé et des services sociaux.

Priorités d'action

- Préciser comment s'inscrit l'action communautaire par rapport aux services du réseau;
- poursuivre les travaux du comité de travail Régie régionale/TROC-M portant sur les balises régionales de financement et sur l'évaluation;
- convenir du niveau de financement à accorder pour soutenir l'action communautaire en fonction des ressources disponibles et des priorités retenues;
- prévoir un mécanisme pour ne pas oublier certains organismes communautaires oeuvrant à l'extérieur des programmes clientèle, notamment les ressources destinées aux personnes démunies afin de s'assurer que ces groupes ne soient pas ignorés lors d'attribution budgétaire;
- soutenir l'élaboration et la mise en œuvre de mécanismes d'évaluation et de gestion efficaces.

L'INTERSECTORIEL

La concertation entre le réseau de la santé et des services sociaux et les autres réseaux de services publics (relevant d'autres ministères) s'est développée au fil du temps. Déjà certains liens de longue date existent, notamment avec le ministère de l'Emploi et de la Solidarité et son programme Expérience de Travail, avec le ministère de l'Éducation au niveau d'une entente cadre définissant nos rôles et responsabilités dans les écoles ou avec la Société d'habitation du Québec concernant certains projets destinés aux personnes âgées en HLM. Récemment, le ministère de la Santé et des Services sociaux et le réseau se sont vus confier des responsabilités concernant le soutien et le développement de divers projets en économie sociale.

En plus d'une participation bien précise ou partagée avec certains secteurs d'activité ne relevant pas spécifiquement du domaine de la santé et des services s ociaux, la Régie régionale a de multiples liens de collaboration avec divers partenaires au niveau de la justice, de la sécurité publique, des municipalités, des communautés ethnoculturelles et de l'immigration, etc. Ces liens sont appelés à s'intensifier dans l'avenir, favorisant ainsi une approche concertée des actions à développer face aux besoins de la population ainsi que pour assurer un meilleur enchaînement et une plus grande cohérence dans les interventions à pratiquer.

LA VIOLENCE

Lors de l'adoption par six ministères de la Politique en matière de violence conjugale en 1995, un mandat de coordination intersectorielle a été donné au ministère de la Santé et des Services sociaux visant l'application de cette politique. À cette politique, s'ajoutent les travaux en cours sur les orientations gouvernementales en matière d'agression sexuelle. Pour le réseau de la santé et des services sociaux, la Politique en matière de violence conjugale et les travaux en cours visent la consolidation et le développement des services offerts aux femmes victimes de violence conjugale et à leurs enfants, aux victimes d'agression à caractère sexuel ainsi qu'aux hommes violents et agresseurs.
Au-delà des orientations ministérielles, la Régie régionale entend se préoccuper à l'intérieur des programmes clientèle des conséquences de la violence sur la santé et le bien-être des clientèles, notamment chez les jeunes en difficulté, les femmes et les personnes âgées. Les orientations régionales en matière de violence et d'agressions à caractère sexuel visent à :

- élaborer un plan d'action régional en matière de violence et d'agressions à caractère sexuel, ayant une portée sur l'ensemble des clientèles visées et qui soit en lien avec les orientations gouvernementales;
- consolider et développer les services reliés à la problématique de la violence et aux agressions à caractère sexuel particulièrement envers les femmes;
- mettre en place un comité régional concernant la problématique des agressions à caractère sexuel incluant les jeunes;
- clarifier et convenir des rôles et responsabilités des ressources impliquées dans les services destinés aux clientèles visées.

LES COMMUNAUTÉS ETHNOCULTURELLES ET LES SERVICES EN LANGUE ANGLAISE

Après Montréal, la Montérégie est la région qui compte le plus de population immigrée par rapport à l'ensemble du Québec. De plus, la région a doublé le nombre de sa population immigrée au cours des vingt dernières années. Pour sa part, la population d'expression anglaise représente environ 130 000 personnes, ou 9,5 % de l'ensemble de la population montérégienne situant la région au second rang pour l'importance de la population d'expression anglaise au Québec, après la région de Montréal-Centre. Cette population est dispersée inégalement dans la région avec une concentration dans certains territoires (Longueuil, du Suroît, Brome-Missisquoi) et presque absente dans d'autres (Sorel).
Au cours des dernières années, la région a adopté un Plan régional d'accessibilité pour la clientèle des communautés ethnoculturelles et un Programme d'accès aux services en langue anglaise qui tiennent compte des ressources humaines, matérielles et financières des établissements. Plusieurs activités ont par ailleurs découlé de l'actualisation de ces deux documents. En regard des prochaines années, la Régie régionale envisage de se concentrer sur les aspects suivants :

- Se préoccuper de l'accès aux services de santé et aux services sociaux aux communautés d'expression anglaise et ethnoculturelles en conformité avec la Loi sur les services de santé et les services sociaux, la Charte de la langue française, le programme d'accès et le plan régional;
- mettre en oeuvre une politique d'intégration de cette préoccupation dans l'ensemble des activités de planification, de programmation et de coordination des services touchant tous les programmes clientèle.

LA COMMUNAUTÉ AUTOCHTONE

En 1997, le Ministère s'entendait avec la communauté Mohawk de Kahnawake à l'effet que la Régie régionale, dans le cadre de ses fonctions, évalue dorénavant les besoins et les crédits à allouer à l'établissement de santé de ce territoire, considéré comme un centre hospitalier de soins de longue durée public (10 lits de courte durée et 30 lits de longue durée) offrant aussi des services de première ligne similaires à ceux des CLSC. Toutes les relations avec cette communauté se font dans le respect des ententes légales établies. Les problématiques prioritaires de santé, convenues en 1997 par la communauté Mohawk, sont le diabète, le cancer et la toxicomanie. Le peu de disponibilité budgétaire de l'établissement a constitué un frein important à son évolution. Avec l'aide des membres de la communauté, la Régie régionale cherchera à mieux documenter les différents besoins et problématiques et ainsi, établir la planification et la programmation des services techniques et cliniques. Enfin, on procédera à la revue des crédits budgétaires suivant les rôles dévolus à l'établissement par la loi.

L'ÉCONOMIE SOCIALE ET LE PROGRAMME EXPÉRIENCE DE TRAVAIL (EXTRA)

L'économie sociale n'est pas un programme en soi, mais une façon de faire du développement socialement utile en croisant

diverses formes de financement visant à répondre à des besoins non satisfaits par d'autres secteurs d'intervention publics, privés ou bénévoles existants. Ce nouveau rôle dévolu au Ministère par le gouvernement en matière d'économie sociale s'inscrit dans les orientations de la Politique de la santé et du bien-être qui reconnaît que les facteurs socioéconomiques ont des liens multiples avec les déterminants de la santé d'une population. Le réseau de la santé et des services sociaux doit dorénavant agir avec divers secteurs d'activité pour que l'on puisse réaliser des gains additionnels en matière de santé et de bien-être. La Régie régionale poursuivra le soutien apporté à l'implantation et au développement de projets en collaboration avec les établissements et les organismes locaux. Les orientations régionales consistent à :

- soutenir le développement d'un réseau de services domestiques en lien avec le programme d'exonération financière pour les services d'aide domestique et assurer la viabilité des entreprises reconnues;
- établir l'arrimage nécessaire avec les partenaires impliqués;
- donner des avis dans le programme Accès-logis;
- suivre l'évolution des centres péri-ressources en voie d'implantation.

En avril 1998, le ministère de la Solidarité sociale annonçait une modification du programme Extra par une version révisée « Extra-Insertion sociale » destinée aux prestataires de la Sécurité du revenu ayant des contraintes importantes d'intégration à l'emploi (ex. : personnes handicapées, personnes ayant des problèmes de santé mentale). Cette mesure vise le développement d'habiletés et d'habitudes de travail en permettant d'acquérir une expérience structurante dans un organisme communautaire et bénévole oeuvrant dans le domaine de la santé et des services sociaux. Les projets seront composés de groupes d'individus éprouvant les mêmes difficultés afin d'intervenir globalement, en collaboration avec les ressources du milieu, pour créer un continuum de services. On utilisera le plus possible ce programme pour informer et former les participants sur des sujets tels que les compétences parentales, la nutrition, la prévention des maladies transmissibles sexuellement, etc. en lien avec les préoccupations relevant du domaine de la santé et des services sociaux.

5. ÉLÉMENTS QUI FACILITENT LE PASSAGE À L'ACTION

Des éléments tels que la territorialité, le financement, les plateaux technologiques (ressources informationnelles, plan de modernisation, etc.), les ressources humaines, les communications régionales et l'évaluation sont d'importants leviers qui viennent appuyer les travaux de consolidation en permettant de concrétiser les orientations régionales et les priorités d'action.

5.1 NOUVELLES BALISES CONCERNANT LA TERRITORIALITÉ (MODÈLE PROPOSÉ)

Dans la perspective de l'atteinte des objectifs de santé et de bien-être, considérant, d'une part, les tendances vers une décentralisation pour l'ensemble des systèmes publics et parapublics et, d'autre part, l'expérience acquise en Montérégie en matière de décentralisation et de participation, il apparaît opportun pour la Régie régionale de réviser la façon d'actualiser la mobilisation locale, sous-régionale et régionale.

Un mandat a donc été confié à une équipe de professionnels du secteur de la planification et du développement, avec le soutien d'un consultant externe, dans le but de proposer un système de découpage territorial de la Montérégie comprenant des structures participatives adaptées au secteur de la santé et des services sociaux. Ce système devrait tenir compte principalement de trois objectifs :

- Assurer un développement local structurant en termes de santé et de bien-être axé sur une accessibilité accrue;
- consolider les solidarités intersectorielles susceptibles de contribuer à l'atteinte des objectifs de santé et de bien-être;
- doter le réseau de mécanismes de coordination et de participation des partenaires, tant ceux du réseau que ceux concernés par l'environnement des services.

Les résultats, ici présentés, portent, dans un premier temps, sur le contexte national et régional qui fait état de l'historique du découpage territorial et des structures participatives en Montérégie et qui trace le portrait de l'évolution du phénomène de la décentralisation.

Puis, un résumé du bilan critique du découpage territorial et des structures participatives présente les principaux constats quant à la diversité des découpages administratifs en Montérégie. Les analyses de contenu des documents historiques et des entrevues conduites auprès de plus d'une centaine d'acteurs concernés par l'expérience des structures participatives des dernières années, permettent de dégager les principaux enjeux et les conditions de succès de la présente démarche.

5.1.1 CONTEXTES NATIONAL ET RÉGIONAL

Contexte historique du découpage territorial et des structures participatives

Le contexte historique du découpage territorial et des structures participatives montre que le temps a été marqué par une succession de réformes et de transformations qui ont conduit les instances régionales à devenir maîtres d'oeuvre d'un processus ambitieux de régionalisation dans un contexte de fortes compressions financières. Ces changements se sont inscrits dans un mouvement plus global de décentralisation. Bien que les conditions de succès relatives à la décentralisation soient théoriquement connues, la capacité de la mener à terme n'a pu être démontrée. En effet, depuis quelques années, les efforts de décentralisation ont plutôt eu un effet inhibiteur quant à la mobilisation des milieux. Dans un tel contexte, les promoteurs de la décentralisation en Montérégie cherchent maintenant à la stabiliser et à lui donner une identité propre. Pour ce faire, les principaux enjeux sont les suivants :

- La délimitation de la région d'appartenance;
- la nature et la répartition des pouvoirs;
- le degré de déconcentration des budgets;
- l'importance accordée aux règles, aux procédures et aux structures versus l'importance accordée aux individus et à leurs capacités;
- la capacité des individus d'innover dans un contexte de perpétuels changements et d'impératifs.

De plus, le contexte historique démontre l'importance de procéder à une planification stratégique du réseau pour accroître la capacité de mener à terme le processus de décentralisation. Les conditions de succès d'une telle démarche sont les suivantes :

- Identifier les orientations et les priorités d'action;
- établir les règles du jeu et les faire connaître aux partenaires;
- identifier le degré d'imputabilité dans les prises de décision;
- respecter les mandats et les vocations;
- gérer efficacement les conflits;
- conduire une planification stratégique dans chacun des établissements;
- assurer un mécanisme de suivi et d'évaluation du plan d'implantation du scénario retenu.

Si ces conditions ne sont pas réalisées, les structures de participation et de consultation risquent de fonctionner à vide ou d'improviser. Toute confusion ou ambiguïté dans les rôles et le fonctionnement est susceptible de conduire à une démobilisation et à la perte de crédibilité des partenaires.

Portrait de l'évolution du système de santé et des services sociaux du Québec quant à la décentralisation

Au début des années 70, l'instauration du régime d'assurance-maladie et la mise en place d'un véritable réseau de services sociaux et de santé ont été supportées par une structure décisionnelle fortement centralisée. Quoiqu'approprié dans un contexte de restructuration majeure, ce modèle centralisateur a, peu à peu, fait obstacle aux nouveaux défis des années 90 (ex. : diminution de la capacité de payer de l'État, vieillissement de la population, émergence de nouvelles problématiques sociales et de santé).

Dès la fin des années 80, le Ministère exprime une volonté de décentraliser le pouvoir vers les régions qui, pour leur part, réclament une plus grande autonomie vis-à-vis de l'appareil central. Le dépôt de la « Réforme axée sur le citoyen » en 1990 vient concrétiser cette intention en permettant, entre autres, la création des régies régionales. Celles-ci se voient alors confier la responsabilité du développement et de l'organisation des services sociaux et de santé dans leur territoire respectif. Ce nouveau partage de responsabilités accorde aux régies régionales un nouveau pouvoir décisionnel en matière de planification, de détermination des priorités régionales et d'allocation budgétaire.

Au plan législatif, les fonctions et les responsabilités des établissements sont resserrées autour de leur mission de base. Le citoyen occupe dorénavant une place privilégiée au sein des conseils d'administration. Certains rapprochements administratifs sont encouragés, ouvrant la voie à une meilleure complémentarité et à une continuité de services et ce, le plus près possible du milieu de vie des personnes.

Après avoir fixé le cadre d'action de la réforme du système dans une nouvelle loi, le Ministère élabore une Politique de la santé et du bien-être qui vient positionner la santé dans un ensemble plus global de développement social et économique. Au mouvement de décentralisation qui s'amorce, vient se greffer une nouvelle perspective de fonctionnement du réseau qui interpelle d'autres acteurs de la société dans l'amélioration de l'état de santé et de bien-être de la population. La sous-régiona-lisation et l'approche intersectorielle viennent donc caractériser de plus en plus les actions du réseau.

En 1996, le rapport Deschênes examine plus attentivement les responsabilités du Ministère, des régies régionales et des établissements. La recherche d'une meilleure efficacité interne à chacun des paliers, couplée d'une forte coordination entre eux, constitue la visée principale de cette réflexion. Ce rapport met en lumière les limites des pouvoirs régionaux et locaux. Malgré les efforts de décentralisation réalisés, il constate l'omniprésence d'une subordination hiérarchique de ces paliers face à l'instance nationale. Il faut souligner que les enjeux de l'heure, à savoir les réductions budgétaires devant permettre l'atteinte du déficit zéro à court terme et la transformation du réseau, exigent un contrôle serré de la part du gouvernement. Le rapport Deschênes propose toutefois des mesures de décentralisation et de responsabilisation de chacun des paliers qui devraient permettre la réalisation véritable des objectifs soutenus par la réforme et la Politique de la santé et du bien-être.

Plus récemment, différents acteurs clés du réseau réitèrent avec insistance les messages en faveur d'une réelle décentralisation des pouvoirs vers les paliers régionaux et locaux. Plusieurs élargissent le débat en intégrant ces préoccupations de partage de pouvoir dans une perspective plus globale de développement social et économique. Le mouvement de décentralisation observé dans différents secteurs d'activité et le rassemblement des acteurs socioéconomiques autour d'un territoire local (ex. : MRC) invitent le réseau de la santé à poursuivre la mise en place de structures plus souples, moins hiérarchisées.

Ailleurs au Québec

Des informations recueillies auprès d'autres régies régionales permettent de constater l'existence de types variés de découpages territoriaux et de différentes formes de structures participatives. Certaines régies régionales procèdent par découpage variable selon la nature des fonctions à réaliser (financière, organisation de services ou autres). Ces régions connaissent alors une division en multiples territoires, chacun des territoires étant constitué d'un territoire de CLSC/MRC ou d'un ensemble de CLSC. Par ailleurs, d'autres régies régionales se sont dotées d'un découpage fixe par CLSC/MRC sur lequel s'appuient l'organisation des services et le fonctionnement des structures participatives. Cependant, dans toutes les régies régionales, on constate que le territoire de CLSC constitue la plus petite unité territoriale de base commune. En ce qui a trait aux structures participatives, la plupart des régies régionales sont actuellement engagées dans un processus de révision.

5.1.2 DÉCOUPAGE TERRITORIAL

Diversité des découpages administratifs en Montérégie

Malgré l'existence d'un découpage reconnu en sept sous-régions, on a pu constater qu'il ne correspondait pas à la réalité de plusieurs programmes clientèle. C'est ainsi qu'en santé mentale, le découpage en huit territoires repose sur l'existence de huit secteurs psychiatriques. Tandis que pour le programme déficience intellectuelle, on ne retrouve que deux territoires puisque la clientèle est partagée entre les deux établissements spécialisés, soit trois sous-régions pour un CRPDI et quatre pour l'autre.

Pour ce qui est du programme pour jeunes et leur famille, les Centres jeunesse de la Montérégie se sont dotés d'un découpage administratif comptant quatre secteurs constitués chacun d'un regroupement de sous-régions.

En santé physique, les travaux en cours proposent la création de quatre pôles hospitaliers visant la complémentarité des différentes expertises et une meilleure réponse aux besoins. Le découpage en santé physique résultant de la création de ces pôles sera établi à partir du bassin de desserte de chacun de ces pôles.

De plus, bien que le territoire de CLSC soit utilisé comme la plus petite unité territoriale de base commune, les données relatives à la population diffèrent selon que l'on tienne compte ou non des ententes de services intervenues entre CLSC. À cet égard, notons que le Ministère, bien qu'il reconnaisse ces différentes ententes, comptabilise et diffuse des informations sociosanitaires sans en tenir compte, créant ainsi d'importantes difficultés d'utilisation de ces données.

Diversité des découpages administratifs des autres secteurs

La majorité des ministères et des institutions gouvernementales considèrent la même délimitation territoriale de la région administrative de la Montérégie. Par ailleurs, là où il y a écart, entre autres pour le ministère de la Justice, des protocoles d'entente doivent être établis.

Ainsi, dans une perspective de concertation intersectorielle régionale et locale, il apparaît important de connaître les fonctionnements administratifs des partenaires concernés afin de pouvoir transiger avec eux de façon efficace. À cet égard, l'exercice de localisation des pôles administratifs des différents ministères met en évidence une grande diversité, d'où une complexité accrue en terme d'arrimage entre les acteurs.

La récente Politique de soutien au développement local et régional (1997) invite les principaux secteurs publics, soit les ministères de l'Éducation, de la Sécurité du revenu, de la Culture et Affaires municipales, à adopter une structure de paliers régionaux et locaux. Une certaine concordance territoriale est souhaitée par les différents acteurs, soit de considérer la MRC comme unité de base locale.

En Montérégie, treize des quinze territoires de MRC correspondent exactement à ceux des CLSC. Les deux territoires de MRC faisant exception, soit ceux de Roussillon et de Champlain, comportent respectivement deux (Châteauguay et Kateri) et quatre (Longueuil-Est et Longueuil-Ouest, Saint-Hubert et Samuel-de-Champlain) territoires de CLSC.

Bilan critique

Un bilan critique a été récemment réalisé à la suite d'une large consultation auprès des partenaires impliqués dans les tables sous-régionales. Ce bilan porte sur la pertinence et l'utilité du découpage actuel du territoire en sept sous-régions ainsi que sur l'impact des tables sous-régionales mises en place par la Régie régionale. Ce bilan donne lieu à la formulation de recommandations permettant d'orienter l'élaboration de scénarios en vue de doter la Régie régionale d'un système de découpage de la Montérégie propre au secteur de la santé et des services sociaux.

Il en découle que la notion même de territorialité doit être au service de l'organisation d'un réseau. Le fait de délimiter un territoire de concertation favorise l'émergence et le développement de rapports de collaboration entre partenaires desservant une même clientèle. Cette mobilisation est également influencée par un sentiment d'appartenance à ce territoire, l'emplacement des services sur ce territoire (pôles d'attraction des établissements ou organismes) ainsi que par les habitudes de consommation de services de la population.

Ce sentiment d'appartenance étant beaucoup lié à la localité, il conviendra de le clarifier en fonction des différentes zones géosociales. Ainsi, la base du découpage territorial de la Montérégie en matière de santé et de services sociaux devrait être le territoire de CLSC et cette base territoriale devrait s'harmoniser, le plus possible, avec les autres secteurs d'activité.

5.1.3 STRUCTURES PARTICIPATIVES

Bilan du fonctionnement des tables sous-régionales

De manière générale, le bilan du fonctionnement des tables sous-régionales dénote leur faible réussite. Les éléments les plus facilitants qui ont été soulignés réfèrent à l'engagement des partenaires, alors que les principaux irritants portent principalement sur le manque d'orientations et les lacunes au niveau de l'organisation. Les positions respectives des partenaires communautaires et des milieux institutionnels soulèvent des enjeux importants quant aux mécanismes de mobilisation et de concertation visant à développer, entre eux, un véritable partenariat. Les pouvoirs d'influence ainsi que la reconnaissance et le financement des expertises sont au coeur de ces enjeux.

La mise en commun de la connaissance des différentes ressources existantes sur un territoire donné constitue le principal impact positif du fonctionnement des tables sous-régionales. Le défi est maintenant de mettre à profit ces ressources dans le développement de la concertation.

Par ailleurs, le constat négatif émis à l'égard du déploiement de la concertation intersectorielle est notable. Ainsi, les tables sous-régionales, en tant qu'instance, n'ont pu susciter la mobilisation des représentants des secteurs connexes au réseau de la santé et des services sociaux.

D'autres constats ayant trait aux relations établies entre la Régie régionale et ses partenaires ont également émergé de la consultation. Ainsi, des éléments relatifs à la communication, à la coordination sous-régionale, à la connaissance de la population à desservir ainsi qu'au soutien à la concertation, s'avèrent plutôt positifs. Ces points de vue ressortent malgré le fait que la fonction de conseiller sous-régional soit perçue comme lourde et peu circonscrite. D'un autre côté, les fonctions de planification, de programmation, de coordination régionale et d'évaluation en lien avec le fonctionnement des tables sous-régionales donnent lieu à un bilan plutôt négatif. En effet, les partenaires auraient apprécié une plus grande implication de la Régie régionale à ces niveaux.

Selon eux, l'apport des fonctions de programmation et d'évaluation a été particulièrement insuffisant.

Le modèle proposé est basé sur ce bilan critique de l'histoire récente des efforts de déconcentration à l'aide du concept de sous-région. Ce bilan a mis en évidence notamment certains effets négatifs. Le premier est lié au mandat général confié aux tables sous-régionales de réaliser les allocations financières dans une perspective d'équité et ce, en absence d'un cadre d'orientations stratégiques préalablement définies. La mobilisation des acteurs autour de la dispensation des services a été passablement mise en péril par ce mandat. Un second problème important est celui de la mixité des différents niveaux d'intervention (services de base et spécialisés) au sein de ces tables sous-régionales qui a eu, pour certains, un effet de grande démobilisation.

Conditions de succès et enjeux

Tant du côté de la Régie régionale que de celui de ses partenaires, un besoin demeure, soit celui de préserver des structures participatives. Cependant, pour y arriver, celles-ci devront tenir compte des différentes conditions de succès ayant fait consensus auprès de l'ensemble des répondants impliqués lors du bilan. De manière résumée, ces conditions se présentent comme suit :

- Distinguer l'opérationnel du stratégique;
- valoriser le territoire local comme lieu privilégié de la concertation;
- laisser les territoires locaux décider de leur mode de concertation;
- miser sur la reconnaissance de tous les acteurs concernés par la santé et le bien-être de la population;
- comporter moins de membres;
- privilégier une approche par programme;
- obtenir de la Régie régionale une reconnaissance et un soutien;
- distinguer les niveaux d'accessibilité des services sur une base territoriale selon la nature de ceux-ci.

La consultation a permis de mettre en évidence certaines conditions nécessaires à la mobilisation des partenaires et à l'instauration de mesures participatives crédibles et efficaces. Celles-ci concernent les axes de planification, de programmation et de coordination définis selon leur niveau d'accessibilité territoriale et la nature du service. Elles englobent également certaines modalités de fonctionnement des structures tout en supportant une démarche de participation volontaire, flexible et adaptée aux réalités locales ou régionales. À cet égard, les répondants sont d'avis que la différenciation des territoires en regard de leur population, des profils de besoins, des ressources disponibles et du degré de mobilisation des acteurs de la communauté, résiste mal à l'application d'un modèle unique d'organisation et de concertation.

Vues sous l'angle des mandats et responsabilités de la Régie régionale, les conditions de développement d'un nouveau modèle de participation, telles que proposées par les répondants, s'harmonisent bien avec les orientations nationales et régionales de sous-régionalisation et de décentralisation (entendue au sens de déconcentration administrative).

Le modèle proposé de structures participatives et de découpage territorial en Montérégie se veut une réponse adaptée aux attentes exprimées par les principaux acteurs de la région et un cadre optimal de réalisation des fonctions stratégiques de la Régie régionale. En s'attardant à l'identification des priorités régionales, à la détermination des résultats attendus et à l'évaluation du niveau d'atteinte des objectifs ciblés, la Régie régionale devrait consentir une plus grande marge de manoeuvre aux dispensateurs de services dans la manière de rencontrer les attentes formulées par les instances régionales et nationale.

5.1.4 *MODÈLE PROPOSÉ*

En lien avec les mandats et responsabilités de la Régie régionale et en s'appuyant sur les différents points de vue recueillis lors de la consultation menée auprès des partenaires, il est possible de dégager un modèle d'organisation des structures participatives qui conduit à un découpage territorial différent selon la nature des services offerts. En effet, dans notre système de santé régional, on peut distinguer globalement deux types de services : les services de première ligne et les services spécialisés. Ces deux types de services sont généralement offerts par des professionnels différents qui, outre leur exercice en cabinet privé de professionnels, pratiquent dans divers établissements.

Les services de première ligne

De façon générale, le milieu de vie collectif englobé sous la notion de localité, représente le lieu premier de l'expression de la majorité des besoins courants de la population et de l'accessibilité aux services nécessaires pour les satisfaire. Nous pouvons donc comprendre que dans le cadre de ce plan de consolidation, les services de « première ligne » correspondent aux « services locaux ».
Contrairement au corridor de services qui se dessine lorsqu'une personne présente un problème de santé ou social complexe et persistant, c'est-à-dire une approche sectorielle de nature spécialisée, l'intervention de première ligne doit, pour être efficace, adopter un modèle en réseau qui met à contribution plusieurs acteurs du milieu. Dans ce cas, l'adéquation de la réponse aux besoins exprimés dépend certes d'une expertise clinique mais beaucoup aussi de la capacité des différents intervenants de coordonner leurs actions de manière à produire un ensemble de services clairement identifiés et partagés. La qualité de la coordination des interventions au plan local apparaît donc fondamentale à l'atteinte d'un niveau optimal de satisfaction des besoins courants de la population. De plus, l'expression des besoins se fait spontanément par les citoyens eux-mêmes devant le professionnel qu'ils consultent et certes pas en fonction des programmes clientèle (tels qu'identifiés par le Ministère). Ceci fait en sorte que la concertation souhaitée entre les différents professionnels ou intervenants exerçant au niveau local devra se faire plus en fonction des clientèles suivies (par exemple les tout-petits, les jeunes, les adultes et les personnes âgées) qu'en fonction des programmes clientèle ou des réseaux de services spécialisés.
L'enjeu, dès lors, est de proposer un territoire géographique compatible avec le niveau local de services et des modalités de concertation en conséquence. À cet effet, la Régie régionale propose la mise en place d'une mesure locale pour assurer la concertation des actions déployées dans le milieu en regard des besoins locaux et la réalisation des conditions nécessaires au développement d'une synergie collective.
Compte tenu de l'analyse faite précédemment et de la mission des CLSC[19], il apparaît justifié de reconnaître la position de cet établissement, non seulement comme dispensateur de services, mais également comme agent mobilisateur des acteurs du milieu autour des problématiques sociales et de santé qui affectent la population de son territoire.

- À cet égard, il est proposé de reconnaître les territoires de CLSC comme les territoires de concertation des représentants de secteurs d'activité engagés dans la dispensation de services de première ligne ou dans l'amélioration des conditions ou des déterminants de la santé. Ces mécanismes seraient initiés et soutenus par le CLSC du territoire local concerné. Cette plate-forme locale, dont la forme et les modalités de fonctionnement devraient respecter les particularités de chaque territoire, aurait comme objectifs principaux de susciter la mobilisation des différents acteurs concernés dans la mise en œuvre de projets ciblés en regard d'une problématique ou d'une clientèle particulière, de favoriser l'intégration des interventions, de permettre l'émergence d'une responsabilité collective à l'égard de la santé de la population et d'encourager les solutions communautaires novatrices.
- Les priorités, les orientations ainsi que les allocations seront définies au niveau régional. De même, la coordination des services demeure une responsabilité régionale. Le CLSC et les autres acteurs locaux pourront en faciliter la réalisation en identifiant les problèmes, en proposant des solutions et en facilitant leur mise en place. Ensemble, les acteurs locaux

[19] Loi sur les services de santé et les services sociaux, Gouvernement du Québec. article . 80. 1991.

seraient pleinement et entièrement responsables des modalités de concertation qui les concernent. Enfin, rappelons que le CLSC, de par sa mission, est responsable de la mobilisation des autres secteurs d'activité de la vie collective au niveau local dans le but ultime d'améliorer la santé et le bien-être de cette collectivité et de réduire les inégalités, notamment en diminuant les conséquences de la pauvreté sur la santé et le bien-être.

De plus, les mesures locales de concertation, peu importe leur mode de fonctionnement et leurs ramifications dans leur territoire respectif, devraient proposer à la Régie régionale la désignation d'interlocuteurs (idéalement regroupés au sein d'un « comité local de concertation ») pour les représenter auprès de l'instance régionale et agir en tant que plate-forme consultative auprès de la Régie régionale, notamment pour l'allocation des ressources.

Les services spécialisés

L'établissement de politiques et priorités régionales, la conception des plans d'organisation de services, la détermination des paramètres d'allocation et l'identification des mesures d'évaluation correspondent aux grandes fonctions de la Régie régionale. Pour les réaliser adéquatement, celle-ci a besoin de l'expertise professionnelle, administrative ou communautaire des différents acteurs du réseau et, lorsque pertinent, de secteurs connexes à la santé et aux services sociaux. La contribution des partenaires aux différents exercices de planification menés par la Régie régionale est essentielle et constitue un préalable à leur engagement dans les phases ultérieures de mise en œuvre des choix retenus.

- À cet égard, il est proposé de créer un palier régional de planification structuré en fonction des programmes clientèle (ceux identifiés par le Ministère) donnant ainsi naissance à huit comités régionaux. Ces comités auraient comme mandat principal d'élaborer une planification des services pour chaque programme clientèle.
- De plus, il est proposé que la Régie régionale se dote d'un comité régional multiclientèles qui assumerait la planification des services locaux. L'intégration horizontale des services préventifs, d'accueil, de référence et d'intervention de base, peu importe le rattachement au programme clientèle, constitue l'enjeu principal de ce comité. Le travail de planification du comité multiclientèles devrait se réaliser en relais avec celui des comités régionaux fondés sur les programmes clientèle.

  En effet, tel que souligné précédemment, la notion de programme clientèle apparaît moins pertinente pour illustrer la réalité des services de base qui se caractérise davantage par la conjonction d'interventions variées, généralement non spécialisées, qui peuvent chevaucher plusieurs problématiques ou clientèles. De plus, la réponse aux besoins de base sollicite de nombreux acteurs du réseau, de la communauté ou d'autres secteurs socioéconomiques qui, pour agir efficacement, ont besoin de cibler correctement leur créneau d'action et de s'arrimer entre eux de façon harmonieuse.

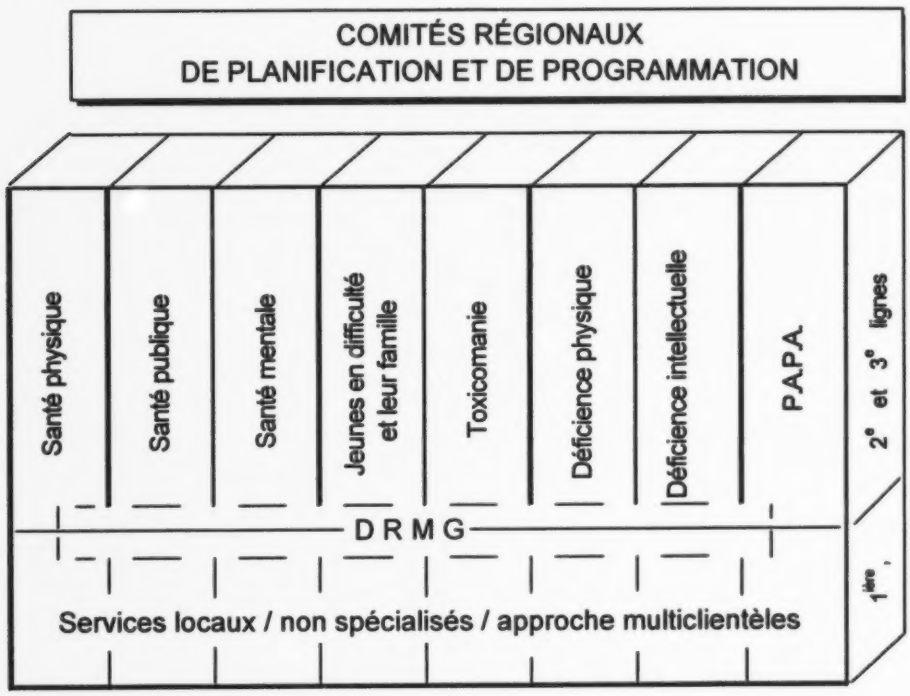
Les neuf comités régionaux de planification (incluant le comité régional multiclientèles) représentent ainsi les mécanismes de collaboration dont se doterait la Régie régionale pour réaliser ses fonctions stratégiques de planification, de programmation, d'allocation des ressources et d'évaluation. À titre d'exemple, les biens livrables prendraient la forme de plans directeurs, de cadres de référence, de validation de paniers de services, de priorités d'allocation et de détermination d'indicateurs d'évaluation. Les comités régionaux de planification assumeraient un rôle consultatif auprès de la Régie régionale et, à ce titre, disposeraient d'un pouvoir de recommandation sur l'issue des grands enjeux régionaux. La composition de ces comités devrait assurer la représentativité des différents partenaires impliqués dans l'offre des services spécialisés et également la participation de représentants des services locaux. De plus, en tant qu'instance consultative auprès de la Régie régionale, la représentativité de ces comités devrait faire l'objet d'une approbation par son conseil d'administration.

En matière de planification régionale (voir tableau en page suivante), l'adoption d'une approche selon les huit programmes clientèle reconnus par le Ministère (axe vertical de services) et selon un programme multiclientèles pour les services locaux (axe horizontal de services), nous invite à adopter un mode de fonctionnement qui soit en conformité avec l'espace territorial de ces deux axes d'intervention. Ainsi, les travaux entourant la planification par programme clientèle, tout en intégrant les préoccupations des acteurs locaux, devraient s'harmoniser avec le découpage territorial adopté par les établissements

régionaux. Le respect de cette différenciation territoriale devrait permettre l'existence de variantes dans la représentativité et le mode de fonctionnement des comités régionaux. D'autre part, l'introduction d'un comité multiclientèles veut permettre de circonscrire, à travers l'ensemble des particularités locales, les enjeux régionaux rattachés à la planification des services de base et des actions préventives rendus accessibles dans chacun des territoires de CLSC de la Montérégie. Quoique s'appuyant sur une dynamique territoriale à l'échelle locale, le mandat de ce comité impose un angle régional d'analyse.

Le schéma suivant résume les caractéristiques majeures du modèle proposé.

STRUCTURES PARTICIPATIVES EN MONTÉRÉGIE



Les services médicaux et hospitaliers

Si la redéfinition proposée du découpage territorial et des structures participatives entraîne des modifications importantes dans l'organisation de notre système de santé régional, on ne doit pas en conclure pour autant qu'elle redéfinit en soi l'ensemble de ce système. En effet, ce modèle ne peut encadrer complètement l'ensemble des interactions entre les différents organismes et professionnels de notre réseau.

À ce propos, l'organisation des services médicaux et la participation conséquente des médecins doivent être contextées au sein de ce modèle.

D'abord, l'implication des médecins dans la concertation locale, tout comme dans la planification régionale, est souhaitée et essentielle. Elle devrait se réaliser au niveau des services spécialisés d'une part, par l'implication des médecins à partir de leur établissement d'exercice et d'autre part, par le biais du département régional de médecine générale (DRMG).

L'implication de représentants du DRMG y est également attendue au niveau des services locaux.

Le DRMG, institué dans la Loi sur les services de santé et les services sociaux, est composé de tous les médecins omnipraticiens qui reçoivent une rémunération de la Régie de l'assurance-maladie du Québec et qui pratiquent dans la région, y compris ceux qui pratiquent dans un cabinet privé de professionnels. Sous l'autorité du directeur général de la Régie régionale, ce DRMG est responsable, entre autres :

- de faire des recommandations sur la partie du plan régional d'effectifs médicaux relative aux médecins omnipraticiens;
- de définir, proposer et assurer la mise en place du plan régional d'organisation des services médicaux généraux;
- de définir, de proposer et d'assurer la mise en place et la coordination d'un réseau d'accessibilité aux soins médicaux généraux;
- de faire des recommandations sur la nature des services médicaux généraux découlant des programmes prioritaires et d'en assurer la mise en place.

Par ailleurs, les hôpitaux sont, en Montérégie, les seuls établissements accessibles en tout temps pour une gamme élargie de problèmes de santé physique et de santé mentale. Si leur implication dans la planification des services spécialisés est évidente, leur interaction constante avec les acteurs locaux l'est tout autant et le déploiement des mesures locales de concertation devra en tenir compte en impliquant notamment ces derniers.

Ainsi, en ce qui a trait aux services médicaux généraux, c'est le DRMG (à travers sa structure « sous-régiona-le ») qui assumera le leadership de la planification et de la coordination. La participation des hôpitaux à la réalisation de ces fonctions est essentielle. Enfin, le territoire « sous-régional » d'organisation du DRMG pourrait différer dans la pratique du territoire du CLSC pour prendre la forme des territoires desservis par les hôpitaux.

5.1.5 EXAMEN DE LA FAISABILITÉ ET AUTRES RÉFLEXIONS CONDUISANT À UN PLAN D'IMPLANTATION

Conditions critiques de réalisation

À la lumière des constats dégagés lors de la consultation menée auprès des partenaires du réseau et en tenant compte des changements organisationnels sous-jacents à la mise en place de structures participatives renouvelées, différentes conditions facilitantes peuvent être soulignées :

- Une distinction la plus précise possible entre les services locaux et services spécialisés qui tient compte de la réalité respective de chacun des programmes clientèle;
- des modalités et des priorités de financement établies en fonction des services locaux et spécialisés;
- l'actualisation de la fonction régionale de programmation;
- la création d'une dynamique locale et communautaire;
- la responsabilisation du CLSC à l'égard de la concertation et de sa mission communautaire;
- la reconnaissance de la responsabilité du DRMG dans l'organisation des services médicaux;
- la reconnaissance de la responsabilité des centres hospitaliers dans la dispensation des services généraux en collaboration avec leurs partenaires;
- l'adoption d'un code d'éthique au sein des différents comités tant locaux que régionaux afin d'optimiser le processus décisionnel;
- la mise en place de moyens de soutien et de suivi à l'implantation.

Ces conditions facilitantes revêtent une importance telle qu'elles deviennent des préalables à la mise en place de nouvelles structures participatives. À celles-ci, s'ajoutent la détermination d'orientations régionales de même qu'une organisation interne arrimée aux structures participatives également garantes de la crédibilité de la présente démarche et du leadership de la Régie régionale à l'intérieur de son réseau.

De plus, comme le soutien provenant du niveau régional constitue un facteur déterminant de succès dans l'implantation d'un tel mode de fonctionnement local, des modalités de support devront faire partie du plan d'action. De telles modalités, de nature opérationnelle,

permettront de définir au plan régional les interfaces entre le programme clientèle, telles que souhaitées par de nombreux partenaires lors des audiences de même que celles devant prendre place entre le palier local et celui de la planification régionale.

Réflexion pour actualiser le scénario de concert avec le réseau

Plusieurs aspects restent encore à examiner dans la mesure où un consensus est établi quant au modèle proposé. En effet, à titre d'illustration et afin de recueillir des points de vue et commentaires sur ces aspects, mentionnons :

- Les problèmes liés à la territorialité, à savoir d'une part, la taille limitée de la population de certains territoires de CLSC (tel La Chênaie), comparativement à celle beaucoup plus importante du territoire du CLSC Samuel-de-Champlain et d'autre part, la formalisation des territoires de CLSC incluant les ententes de services;
- les modalités assurant la représentativité, à savoir la qualité et le nombre des participants au sein des comités régionaux de planification, les instances locales de concertation animées par le CLSC et les modalités de fonctionnement définies conjointement avec les acteurs locaux incluant d'autres partenaires;
- les enjeux sur les autres fonctions de la Régie régionale, à savoir la budgétisation, la programmation, la planification, l'évaluation, la coordination, les systèmes d'information et l'organisation interne de la Régie régionale.

Le défi de la Régie régionale est maintenant de trouver une voie qui lui permettra de respecter le dynamisme de ses communautés tout en exerçant un leadership en matière d'orientation et de soutien à ce dynamisme. La connaissance des besoins de la population et des ressources disponibles doit être mise à jour et diffusée aux partenaires. Les expertises doivent être suscitées, mises à profit et valorisées. L'accessibilité aux services n'est plus une simple question de territorialité mais aussi de niveaux d'intervention et de complémentarité d'action.

Les enjeux sont cependant nombreux et les dynamiques complexes. L'identité de la Montérégie s'est davantage développée dans l'esprit des décideurs sans véritablement se consolider ou s'intégrer à l'ensemble de la population et des intervenants. Des avenues de conciliation et d'innovation sont nécessaires pour susciter des consensus permettant une meilleure intégration et une meilleure cohabitation entre les différents secteurs d'intervention de la vie collective montérégienne.

5.2 MODÈLE DE FINANCEMENT

Dans le cadre des dernières années (1995-1998), les contraintes budgétaires appliquées à la Montérégie et appelant à des transformations dans l'organisation des services de santé et des services sociaux se sont chiffrées à plus de 96,6 millions $. Ces contraintes impliquaient les éléments suivants :

- Des cibles de réductions budgétaires de 35,9 millions $ imposées par le Ministère dont un montant de 3,1 millions $ correspondant à l'impact net du programme des mesures de départs volontaires;
- des effets de croissance ou coûts de système, c'est-à-dire la non-indexation des budgets en regard des hausses de prix pour les fournitures et les salaires et qui représente un manque à gagner évalué à 45 millions $;
- des ponctions régionales de 15,7 millions $ destinées à financer les priorités retenues par la région.

Durant la même période, la Montérégie a reçu 50,3 millions $ en réallocations du Ministère dans le cadre de l'équité interrégionale ou d'engagements nationaux. Priorités régionales incluses, le montant des réallocations atteint donc 66 millions $.

Ces données financières sont celles qui régissent à prime abord le cadre montérégien de la transformation. Des éléments additionnels doivent également être considérés pour dépeindre plus justement les pressions exercées sur l'organisation des services au cours des trois dernières années en Montérégie, par exemple :

- La croissance démographique de la Montérégie durant cette période atteint 3,8 %. Les personnes âgées de 65 ans et plus constituent 10,4 % de sa population en 1998 comparativement à 9,8 % en 1995. Les effets attribuables à cette croissance démographique sur les volumes de la demande interne en services ont dû être absorbés par les dispensateurs;
- le sous-financement de la région est estimé à environ 226 millions $ en dollars 1996-1997, selon les

données portant sur la richesse relative des programmes clientèle. Malgré des gains enregistrés

EVOLUTION DES CREDITS					
CREDITS A LA BAISSE			CREDITS A LA HAUSSE		
	$	%		$	%
CHSGS	(18,2 M$)	(3,8%)	CLSC	15,9 M$	16,9%
CRPDI	(2,5 M$)	(3,5%)	CJM	6,1 M$	9,7%
CHSLD	(2,7 M$)	(1,5%)	CRPDP	2,0 M$	23,9%
			CRPAT	0,2 M$	5,4%
			ORG.COM.	5,5 M$	29,9%
			PROM-PRÉV.	6,4 M$	40,0%

au cours des trois dernières années grâce à l'application de la méthode ministérielle d'équité interrégionale, le manque à gagner de la Montérégie par rapport à la moyenne provinciale de financement demeure élevé et témoigne de marges de manoeuvre réduites dans notre région;

- l'état de dépendance de la Montérégie face aux ressources situées hors de son territoire fait en sorte que la région est inévitablement touchée par les transformations de l'extérieur. Notre région a donc aussi eu à répondre aux impacts des transformations de Montréal-Centre sur la demande de services dans le territoire montérégien. Particulièrement confirmés aux termes des deuxième et troisième années de la transformation, ces impacts ont nécessité *à posteriori*, soit en 1996-1997 et 1997-1998, des injections compensatoires totalisant 15,5 millions $ en nouveaux crédits pour les dispensateurs de services les plus affectés. Pour l'exercice 1998-1999, des prévisions de l'ordre de 4,4 millions $ nécessiteront l'ajout de crédits récurrents additionnels.

La considération d'indicateurs de performance, la recherche d'une plus grande efficience et la poursuite de l'équité dans l'application des cibles de réductions budgétaires sont des facteurs clés de l'action montérégienne qui auront permis, au cours de ces années, de préserver une accessibilité à des services de qualité tout en favorisant les conditions d'atteinte de l'équilibre budgétaire.

À cet égard, la revue des dernières années montre que les pressions exercées sur les secteurs administratifs ont été quatre fois supérieures à celles enregistrées dans les secteurs cliniques, si on en juge par les variations observées au niveau des heures travaillées.
La Montérégie est restée en assez bon contrôle de sa situation financière avec 10,3 millions $ en déficits enregistrés en 1997-1998 pour les établissements publics ou 1,2 % d'une enveloppe budgétaire établie à 870 millions $. On constate cependant que comparativement au déficit de 1,5 millions $ de 1995-1996, il y a eu une évolution des déficits à la hausse durant cette période. Au fil de ces années, l'assiette budgétaire globale des établissements de la Montérégie est demeurée plutôt stable. Elle s'établit en 1997-1998 à 908,3 millions $, ce qui représente une légère majoration de 0,8 millions $ pour la période. Des variations significatives sont toutefois enregistrées en regard des dispensateurs et des programmes comme en témoigne le tableau suivant.

Les compressions et les réallocations budgétaires effectuées au cours des dernières années s'inscrivent donc essentiellement dans le sens souhaité d'une intensification des services de base et de première ligne favorisant des services aux usagers dans leur milieu de vie ou dans la communauté et d'un investissement accru dans la promotion-prévention. Des mouvements s'observent aussi en faveur des programmes clientèle les plus déficitaires et par conséquent jugés prioritaires, à savoir la jeunesse, la déficience physique et la toxicomanie. Plusieurs mesures mises de l'avant appellent aujourd'hui à une consolidation qui sera évidemment conditionnée par les ressources mises à la disposition de la région. La Régie régionale a donc, tel qu'annoncé dans sa planification triennale 1995-1998, procédé à des investissements au niveau des ressources légères ainsi que dans le virage ambulatoire.

5.2.1 Orientations régionales

Poursuivre les travaux touchant les dossiers de l'équité interrégionale, intrarégionale et interprogrammes
Malgré la fin annoncée des compressions et de la prise en charge par le gouvernement d'une partie des départs volontaires, le réseau montérégien de la santé et des services sociaux va continuer d'évoluer au cours des prochaines années sous l'emprise de pressions intenses sur les services.
Le sous-financement de la Montérégie s'est traduit jusqu'à maintenant par des problématiques d'accès aux services dans la plupart, sinon l'ensemble, des programmes clientèle de même que par des marges de manoeuvre pour la transformation qui ont pu être variables selon les programmes clientèle.
La Régie régionale réitère sa volonté d'accroître son autosuffisance et son autonomie en matière de ressources. Elle est d'avis qu'une plus grande imputabilité des régions et, il en va de soi, des dispensateurs, passe par une accessibilité équitable aux ressources et notamment aux ressources financières. Elle réitère sa volonté d'accroître son autosuffisance et son autonomie de manière à améliorer l'accessibilité aux services destinés à sa population.
La Régie régionale entend donc poursuivre ses représentations auprès du Ministère relativement à l'atteinte de l'équité interrégionale pour chacun de ses programmes clientèle de même que sa participation aux tables de discussions nationales portant sur la méthodologie supportant cette démarche.
Animée du même souci d'assurer à la population de son territoire une équité dans l'accès aux services, elle entend

également poursuivre les travaux régionaux portant sur l'équité intrarégionale et interprogrammes.

.

En dollars 1996-1997, la Montérégie affiche, tous programmes clientèle confondus, un manque à gagner de 226,3 millions $ pour atteindre la moyenne nationale de financement des programmes clientèle. Cet écart important se traduit par une carence généralisée en ressources humaines, matérielles et technologiques dont disposent les établissements et les organismes communautaires et bénévoles pour remplir leur mission. Cette situation trouve obligatoirement ses répercussions dans les services directs à la clientèle. En conséquence, la Régie régionale se donne pour cible, de rattraper l'écart par rapport à la moyenne nationale. Au plan régional, elle entend accorder une priorité au redressement des écarts des programmes clientèle les plus pauvres.
Par ailleurs, en ce qui concerne le programme de santé publique, la Régie régionale entend maintenir son orientation enchâssée dans le plan triennal 1995-1998 à l'effet d'investir 20 % des allocations de développement dans le cadre de l'équité interprogrammes.

Procéder au développement et à l'application d'une méthode d'équité basée sur l'établissement de per capita de services locaux

Dans le cadre de la transformation, les choix montérégiens se sont exercés en faveur d'une intensification des services de base et de première ligne. En conformité avec les orientations ministérielles, qui confèrent aux ressources locales un rôle et des responsabilités accrus en matière d'organisation des services sur leur territoire, la Régie régionale estime important de poursuivre dans cette voie en consolidant les services locaux afin d'assurer à l'ensemble de la population montérégienne un accès équitable à ceux-ci sur tout le territoire.

Les nouvelles réalités locales d'organisation des services de même que les structures participatives que la Régie régionale entend actualiser sous peu constituent des moyens de concrétiser cette orientation. Au chapitre du financement dans le réseau, la Régie régionale entend poursuivre les travaux d'élaboration et la mise en application d'une méthode d'équité basée sur des per capita locaux. Tout en considérant les problématiques de financement auxquelles la Régie régionale aura à faire face, on entend accorder un financement prioritaire aux services locaux.

Élaborer une méthode de financement des services spécialisés et régionalisés

Le financement actuel des services spécialisés et régionalisés repose essentiellement sur des bases historiques. La transformation du réseau a amené plusieurs changements dans l'organisation des services existants et des enjeux particuliers ont suscité des investissements prioritaires dans certains secteurs (ex. : déficience physique et jeunes en difficulté). D'autre part, certains dossiers, celui de la santé physique par exemple, sont actuellement en chantier et devraient conduire à de nouvelles modifications dans l'organisation des services. Considérant la distinction que la Régie régionale entend établir entre les services locaux et les services spécialisés et régionalisés, il convient de développer un mode de financement qui soit adapté et dans la mesure du possible, de prendre en considération le type d'activités dispensées par ces établissements.

Élaborer des mesures de financement qui tiennent compte de la variation des taux de rétention de clientèles

On évalue en 1998 que près de 32 % des hospitalisations générées par la population montérégienne s'effectuent hors de notre territoire et plus particulièrement dans la région de Montréal-Centre. La dépendance montérégienne envers les ressources hors territoire peut se vérifier à des degrés divers selon les programmes clientèle. Ce phénomène repose sur des facteurs tels le libre choix des usagers, la liberté de pratique des médecins, la disponibilité des services spécialisés et surspécialisés qui ne sont pas offerts en Montérégie, etc.
Des choix régionaux d'investissement dans certains programmes, comme ce fut le cas récemment avec les développements en jeunesse et en pédopsychiatrie par exemple, peuvent apporter des variations dans les niveaux de rétention et favoriser le rapatriement de certaines clientèles. Outre ces rapatriements intentionnels et planifiés, des facteurs non intentionnels associés aux impacts des transformations et des resserrements exercés hors territoire peuvent aussi influer sur les niveaux de rétention.
La Régie régionale considère que tout rapatriement de clientèle doit être en lien avec un financement conséquent et qu'il doit être accompagné de mécanismes de transfert de crédits.
En corollaire, la Régie régionale entend poursuivre ses représentations auprès du Ministère dans le cadre des dossiers d'équité. De même, elle souligne l'importance de maintenir sa participation au sein des comités interrégies des cinq régions (Montréal-Centre, Laval, Laurentides, Lanaudière et Montérégie).

Supporter les établissements dans la recherche de l'équilibre budgétaire

Enfin, en ce qui concerne les déficits budgétaires des établissements de la Montérégie, la Régie régionale affirme sa volonté de soutenir les établissements dans la recherche de moyens en vue de recouvrer l'équilibre budgétaire tout en préservant l'accessibilité à des services de qualité.

5.3 PLATEAUX TECHNOLOGIQUES IMPORTANTS

5.3.1 Ressources informationelles

Élaborer un plan d'action visant l'utilisation des technologies de l'information
Au cours des prochaines années, les technologies de l'information du réseau sociosanitaire connaîtront une transformation majeure. Le rôle de ces technologies sera de supporter un réseau intégré de services, de simplifier l'accessibilité aux services, d'améliorer l'efficacité afin de dégager des marges de manoeuvre et d'accroître le service à la population et d'assurer la sécurité et la confidentialité de l'information.

L'objectif en Montérégie pour les trois prochaines années est de mettre en place les infrastructures et les applications nécessaires afin que tous les établissements privés et publics de la région, les cliniques privées, la Régie régionale, le ministère de la Santé et des Services sociaux et possiblement les partenaires de l'intersectoriel, soient reliés électroniquement permettant l'échange d'informations cliniques et administratives entre les différents dispensateurs de services et l'accès rapide aux résultats d'analyses.

Pour réaliser ce virage technologique, un comité stratégique régional des systèmes et des technologies de l'information a été formé et son rôle est de définir les grandes orientations régionales en matière de technologie.

Dans le cadre de son mandat au cours des derniers mois, le comité a déterminé ses objectifs, s'est doté de principes directeurs, a élaboré son plan d'action et amorcé certains dossiers. Le plan d'action se résume dans les éléments suivants.

Le réseau de télécommunication sociosanitaire (RTSS)
Le réseau de télécommunication sociosanitaire représente la toile de fond d'un réseau intégré de services qui supportera l'ensemble des dossiers de technologie de l'information. Cette infrastructure imposante et sécuritaire, à caractère national, reliera éventuellement quelque 600 établissements, 18 régies régionales, le Ministère et les autres partenaires[20] pour un total de plus de 2 000 sites physiques répartis sur le territoire provincial. Il fournira l'infrastructure nécessaire au déploiement d'une gamme étendue de services faisant appel aux données, à la voix et à l'image dont :

- La messagerie électronique;
- la télémédecine;
- le partage de systèmes informatiques;
- la téléphonie et la vidéoconférence;
- la carte santé à microprocesseur;
- le travail de groupe et autres.

Le déploiement provincial de cette autoroute de l'information s'échelonnera jusqu'en décembre 1999.

Le courrier électronique Lotus/Notes
Retenu par le ministère de la Santé et des Services sociaux, Lotus/Notes constitue le véhicule de communication provincial permettant l'échange de courrier électronique entre l'ensemble des établissements, soit éventuellement plus de 61 000 utilisateurs. Étant reconnu très sécuritaire, ce collecticiel est également l'outil privilégié pour supporter divers systèmes d'information dont celui du dépistage du cancer du sein. En Montérégie, près de 40 sites physiques sont maintenant reliés au réseau provincial et il est prévu que l'ensemble des 164 sites y soient reliés en septembre 1999.

L'adaptation à l'an 2000
Ce projet majeur consiste à identifier les éléments à risque susceptibles de non-fonctionnement ou de dysfonctionnement lors du passage au nouveau millénaire, à vérifier la conformité de ces éléments, à déterminer les choix d'action pour les composants non conformes, à prévoir des plans de contingence et à élaborer des plans de mesures d'urgence afin de réduire au minimum l'impact sur les soins et les services à la population le soir du 31 décembre 1999.
Pour le réseau, les éléments à risque se retrouvent dans les équipements et appareils médicaux, de support aux bâtiments et informatiques.

Le déploiement du système d'information du programme québécois de dépistage du cancer du sein

Ce projet consiste à implanter, dans certains centres hospitaliers de la région, un logiciel supportant le programme de dépistage du cancer du sein. Plus spécifiquement, ce projet permet :

- d'inviter, de relancer et de rappeler la clientèle admissible à ce programme;
- de consigner les résultats d'examen de dépistage et d'investigation;
- de suivre l'avancement des examens chez les participantes;
- d'informer les participantes et leurs médecins des résultats d'examens; et
- d'assurer la sécurité et la confidentialité des informations.

Le déploiement du système d'information « clientèle en centre d'hébergement et de soins de longue durée » (SICHELD)

Ce projet consiste à implanter un système d'information d'envergure qui a été développé pour aider les intervenants qui oeuvrent auprès des usagers des centres d'hébergement et de soins de longue durée publics et privés conventionnés. Il se veut une solution informatique modulaire, évolutive, intégrée et conviviale et constitue un outil important dans les opérations quotidiennes de gestion et de distribution des soins et services aux bénéficiaires.

Le déploiement du système d'information « Intégration CLSC»
Ce projet consiste à implanter, dans tous les CLSC, une solution informatique conviviale qui intègre dans une seule application différents logiciels auparavant développés en parallèle. Il assurera aux intervenants un soutien dans l'exercice de leur fonction et permettra aux gestionnaires un support au processus de gestion. Il comportera les modules SIC plus, vaccination, Info-Santé-CLSC, le prêt et la réservation de dossiers, la prise de rendez-vous, les rapports normalisés et le pilotage.

Le déploiement du programme d'intervention jeunesse (PIJ)
À la suite des recommandations pressantes effectuées tant par la Commission des droits de la personne et des droits à la jeunesse par le Vérificateur général et par d'autres instances qui

[20] Établissements publics, Établissements privés conventionnés, Régie de l'Assurance-maladie du Québec, Office des personnes handicapées du Québec.

soulignent la nécessité de qualifier la pratique complexe en protection de la jeunesse, les centres jeunesse du Québec ont investi des énergies importantes dans le développement d'un système technologique performant, convivial et exportable. Ce système « le programme d'intervention jeunesse » (PIJ) qui comporte aussi des sous-systèmes experts en support aux pratiques, a été validé et est rendu à la phase du déploiement. Les Centres jeunesse de la Montérégie ont été associés de très près à cette opération. La Régie régionale estime important de poursuivre ses représentations auprès du Ministère et de la compagnie SOGIQUE afin que le déploiement s'effectue au cours de la période du plan de consolidation, soit 1999-2002.

La mise en place d'un technocentre régional

L'avènement de nouvelles technologies et d'infrastructures de télécommunication nécessite le support de ressources spécialisées. Dans la poursuite des orientations ministérielles et de modernisation du réseau montérégien, le projet consiste à réunir et à mettre en commun les ressources humaines et matérielles en technologie de l'information pour assurer une desserte optimale à l'ensemble des établissements du réseau et ainsi réduire les coûts rattachés à ce projet.

5.3.2 *PLAN DE MODERNISATION DES INFRASTRUCTURES ADMINISTRATIVES ET DE SUPPORT*

Le conseil d'administration a accepté le Plan de modernisation des infrastructures administratives et de support le 25 juin 1998. Celui-ci compte 93 mesures. Le conseil d'administration a décidé de mettre en place les ressources humaines et financières pour réaliser ce plan. Il a autorisé la création d'une équipe régionale dédiée à plein temps à la réalisation de ces travaux.

Il s'avère cohérent qu'un arrimage s'actualise afin que les efforts au niveau de la gestion des bâtiments, de la modernisation des réseaux informatiques, de l'adap-tation de toutes les infrastructures mobilières, immobilières et informationnelles au passage à l'an 2000 et de la modification des processus, soient intégrés à la modernisation du réseau.

Immeubles adaptés aux nouvelles réalités du virage ambulatoire, poursuite des travaux en vue de renforcer la sécurité des bénéficiaires et investissements dans le domaine des équipements médicaux spécialisés, notamment au chapitre de la conversion à l'an 2000, sont autant de défis qui attendent la région au cours des années 1999-2002. Des efforts additionnels, durant cette période, seront mis de l'avant dans le but de réduire davantage la charge financière des locations d'espaces en maximisant notamment la rentabilité des espaces publics disponibles. La Régie régionale prévoit qu'au terme de l'année 2002, 2 millions $ en valeur économique auront résulté de ces efforts.

Finalement, la Régie régionale et le réseau poursuivront les efforts vers une mise en commun de l'expertise dans le domaine de la gestion immobilière et des technologies du bâtiment.

Les activités du secteur de génie biomédical de la Régie régionale seront fortement en croissance au cours de la période 1999-2002. Déjà fortement en demande autant sur le plan régional que suprarégional, en matière de réingénierie des processus, ce secteur sera sollicité sous certaines activités pour divers travaux entourant l'adaptation à l'an 2000.

Ainsi, la Régie régionale croit que ces secteurs d'expertise de pointe, via leur implication suprarégionale et internationale, vont permettre d'avoir un accès direct et immédiat à une expertise à la fine pointe de toutes les méthodes et technologies de modernisation disponibles et d'en faire profiter son réseau sans aucun décalage de transfert de technologie.

La Régie régionale estime que l'expertise et la volonté des établissements de procéder à la modernisation des infrastructures administratives et de support aux soins de santé et aux services sociaux, permettent d'envisager des gains estimés à 12 millions $ d'ici le 31 mars 2002 et à 25 millions $ d'ici cinq ans. La Régie régionale en collaboration avec les intervenants concernés s'assurera de l'atteinte des objectifs mentionnés.

5.4 RESSOURCES HUMAINES

Le réseau montérégien a évolué au cours des dernières années dans un environnement en constante transformation. Les modes de gestion des ressources humaines doivent faciliter l'adaptation du personnel à ces changements. Actuellement, les principaux constats sont notamment :

- L'essoufflement du personnel du réseau confronté à de multiples changements en un temps relativement court;
- l'engagement et la valeur du personnel qui a su maintenir, malgré un contexte difficile, la quantité et la qualité des services;
- la complexité croissante des structures et des processus ayant comme conséquence un investissement important des directions des ressources humaines dans la gestion de procédures et de règles plutôt que dans le développement organisationnel et des compétences;
- les exigences de qualifications de plus en plus importantes entraînant une hausse des coûts dans la dispensation des soins ainsi qu'une faible disponibilité de certaines expertises;
- la participation restreinte des établissements à la détermination des règles régissant leurs rapports avec les employés.

5.4.1 *ORIENTATIONS RÉGIONALES*

Assurer le développement et le maintien des compétences

Une planification de la main-d'œuvre bien pensée permettra notamment d'assurer le développement des expertises nécessaires en fonction de l'évolution de l'organisation des soins et des services de santé.

Déjà, le plan triennal de transformation avait fait valoir le besoin de nouvelles expertises. Il en sera de même au fur et à mesure de l'arrivée des nouvelles technologies ainsi qu'avec l'actualisation des PROS, du plan de santé physique et du plan de modernisation. Il est donc essentiel d'être proactif face à ces changements.

Le personnel d'encadrement devra faire l'objet d'une préoccupation particulière compte tenu de son rôle de premier plan dans la réussite de tout changement. Les investissements nécessaires au développement de ses compétences et à sa mobilité devront être consentis. De plus, la transformation du rôle de cadre, traditionnellement reconnu pour ses compétences professionnelles et son expertise, exigera l'acquisition de nouvelles habiletés axées sur le soutien, l'animation, la communication et la capacité de mobilisation du personnel travaillant avec lui. L'appui nécessaire devra être fourni au personnel afin que cette transition se fasse avec succès.

Assurer la mobilité de la main-d'œuvre

Le rôle du local et du régional devra être beaucoup plus proactif en regard du replacement et de la mobilité de la main-d'oeuvre afin d'assurer une disponibilité en ressources humaines aptes à répondre aux besoins et ainsi, éviter les surplus ou les pénuries de certaines catégories d'emploi qui caractérisent actuellement le réseau.

Il y aurait avantage à favoriser et à encourager la mobilité des personnes entre les unités, les services et les établissements en éliminant les barrières qui pénalisent celles qui aimeraient, par ces déplacements, élargir leur expertise dans le réseau.

Mobiliser les intervenants travaillant dans le réseau

Les bouleversements des dernières années ont eu un impact important sur le personnel. La popularité du vaste programme de départ à la retraite en est incontestablement un symptôme. Ce « succès » peut-il s'expliquer par la seule générosité de ce programme ou faut-il également en chercher la réponse ailleurs?

La perte d'expérience et d'expertise créée par ces nombreux départs ne sera pas sans conséquence sur le personnel qui demeure. Le syndrome du survivant prend, dans le contexte, tout son sens. Cela est également vrai pour les nouveaux arrivés. Les attentes à leur égard sont grandes alors que souvent le support offert n'est pas suffisant.

Enfin, il faudra faire de la participation une valeur centrale de la gestion des organisations. D'autant plus qu'il est clairement démontré que la participation favorise l'adhésion et l'adaptation aux situations de changement qui ne manqueront pas de survenir au cours des prochaines années.

Il faut dans ce domaine investir temps, effort et énergie afin d'accroître et de maintenir la mobilisation du personnel dont dépend en bonne partie la qualité des services.

Revoir l'organisation du travail

Les défis posés par la réorganisation du travail sont de taille. En effet, la rapidité des changements, alliée au respect des règles actuelles de toutes natures, des frontières professionnelles et du maintien de la qualité des services à la clientèle, a placé les gestionnaires et les responsables des directions de ressources humaines dans un contexte se prêtant peu à l'analyse et à la réflexion « réseau » de soins et de services de santé. Malgré cela, un travail important a été réalisé en ce sens dans un ou plusieurs établissements qui ont cherché à parfaire leur complémentarité dans l'offre de services à la population. Les exemples à cet égard devraient être identifiés et diffusés.

L'objectif premier doit être d'accroître l'efficacité et l'efficience du réseau de la santé et des services sociaux; également, il importe de créer un milieu de travail stimulant, donnant le goût à ceux qui y sont engagés de s'investir pleinement.

À cet égard, le modèle actuel de relations de travail répond de plus en plus difficilement aux besoins. Alors que les conventions collectives régissent 80 % de la réalité d'un établissement, les négociations ne devraient-elles pas, surtout pour les aspects relatifs à l'organisation du travail, se rapprocher des intervenants locaux les mieux branchés sur leurs besoins et en mesure de négocier des solutions les mieux adaptées à leurs problèmes?

Toutefois, malgré le cadre juridique actuel du régime de négociation, il devrait être possible de développer avec les partenaires syndicaux des solutions originales pour régler des problèmes qui sont particuliers à la Montérégie. Des efforts en ce sens devront être consentis au cours des prochaines années.

Par ailleurs, une réflexion devra être menée afin d'identifier les structures de poste les plus efficaces et efficientes pour la dispensation des services cliniques comparables (taille, mission, particularités cliniques). Des disparités importantes sont observables dans le réseau et des économies potentielles pourraient être réinvesties dans l'amélioration et le développement des services.

Développer une vision régionale de la gestion des ressources humaines

Plus que jamais les efforts devront être concertés afin de pouvoir relever avec succès les défis que poseront les prochaines années.

Il est impératif que la réflexion à cet égard déborde le cadre des limites des seules organisations. L'ensemble des partenaires impliqués en gestion des ressources humaines devront se donner une vision régionale mieux intégrée afin de consolider le réseau de soins et de services de santé.

Les consultations effectuées au printemps dernier auprès des responsables des ressources humaines présents aux tables régionales et aux différents comités sous-régionaux ont clairement fait ressortir un besoin en ce sens.

Actuellement, plusieurs comités régionaux ont été mis en place avec le mandat de travailler l'un ou l'autre des volets de la gestion des ressources humaines. Ces comités répondent soit à des obligations prévues aux différentes conventions collectives, décrets ou règlements, ou encore à des besoins qui émergent du milieu et pour lesquels les partenaires ont joint leurs efforts afin d'y répondre de la façon la plus efficiente possible. Toutefois, ces comités fonctionnent en vase clos. Une instance régionale permettrait une meilleure intégration de leurs travaux dans une vision d'ensemble de la gestion des ressources humaines.

Procéder à la rationalisation des activités

Dans le cadre du plan de modernisation, des efforts significatifs devront être faits afin de diminuer les coûts en assurance-salaire et en santé et sécurité au travail.

Par ailleurs, une réflexion devra être entreprise afin d'établir les priorités d'action et de favoriser l'échange d'information dans

le but de répartir de façon optimale les fonctions et effectifs en gestion des ressources humaines, entre l'établissement et la région, tout en tenant compte des dynamiques des territoires de concertation locale.

5.4.2 Priorités d'action

Palier local

- Assurer une planification efficace et efficiente de la main-d'œuvre et de sa mobilité;
- revoir et renforcer la concertation locale en gestion des ressources humaines;
- mettre en place des mécanismes d'échange patronal-syndical afin de favoriser une plus grande implication des syndicats dans les changements en cours;
- replacer l'ensemble du personnel salarié en sécurité d'emploi;
- replacer l'ensemble du personnel cadre en stabilité d'emploi ayant opté pour le replacement.

Palier régional

- Mettre à jour le plan régional de développement des ressources humaines s'adressant aux établissements en prévoyant offrir l'opportunité aux organismes communautaires et bénévoles de se joindre aux formations du réseau; ce plan devra comprendre un volet sur la mobilisation du personnel du réseau;
- élaborer et mettre en place un plan d'action pour le développement du personnel d'encadrement comprenant la mise en place d'un projet pilote relatif à la mobilité;
- consolider la concertation régionale en gestion des ressources humaines par la poursuite des travaux du Comité aviseur régional des ressources humaines;
- rendre accessibles aux établissements du réseau des outils et des données permettant une analyse de leurs structures de poste dans le champ de la dispensation des services cliniques afin de les soutenir dans l'organisation de leurs services;
- poursuivre les travaux relatifs au plan de modernisation, notamment en regard du dossier de la présence au travail (assurance-salaire et santé-sécurité au travail).

5.5 COMMUNICATIONS RÉGIONALES

L'actualisation du plan de transformation 1995-1998 s'est effectuée en tenant compte du principe d'une communication régionale structurée en lien avec les objectifs du « Virage santé et bien-être ».
Il en sera de même pour les trois prochaines années de la consolidation des services de santé et des services sociaux qui nécessitera des arrimages entre les communications régionales (qui incluent les communications en matière de santé publique) et les orientations générales du plan de consolidation.
La Régie régionale vise cependant à développer un partenariat de communication avec le réseau et elle s'engage à poursuivre les réflexions sur la définition d'une structure régionale de communication (du type d'un comité régional de communication) qui favoriserait l'échange entre partenaires régionaux et locaux, l'objectif ultime étant de s'assurer que la population bénéficie de l'information à laquelle elle a droit.
Dans l'optique de contribuer à l'amélioration de la qualité des services, l'importance de l'information à la population devra effectivement être la toile de fond de l'ensemble des communications régionales et ce, dans le respect de la fonction communication locale propre à chaque établissement. Elle se traduira, entre autres, par la préoccupation de faire connaître les services disponibles dans le réseau de la santé et des services sociaux montérégien et les façons d'y accéder de même que le mécanisme des plaintes dont les usagers peuvent se prévaloir et ce, de façon continue et dans un langage accessible à la population.
Dans ce dernier cas, les informations recueillies auprès des usagers par le mécanisme des plaintes seront de précieux outils, à la fois pour permettre d'ajuster les communications envers la population et pour donner des indices sur l'amélioration possible de la qualité des services offerts.
Les communications régionales seront effectuées en vue de rejoindre divers publics (la population en général, les établissements, les organismes et partenaires du réseau), les représentants des médias, les membres du conseil d'administration de la Régie régionale, les équipes de direction et de coordination ainsi que le personnel de la Régie régionale.

5.5.1 Orientations régionales

- Exercer un leadership communicationnel dans la diffusion d'information auprès de la population et des divers partenaires en matière de consolidation et d'organisation des services;
- mettre l'accent sur l'information reliée à la promotion-prévention en regard de l'état de santé et de bien-être de la population;
- favoriser des liens de communication permanents et de qualité avec le réseau;
- favoriser le partage de besoins et le développement d'outils conjoints de communication avec le réseau.

5.5.2 *PRIORITÉS D'ACTION*

Paliers local et régional

La Régie régionale entend solidifier ses liens de communication avec le réseau local et agir en complémentarité puisque les établissements et les points d'accès à la population situés sur ce territoire (Info-Santé-CLSC, CLSC, CHSLD, urgences des centres hospitaliers, clin iques médicales et organismes communautaires et bénévoles) sont des acteurs de premier plan dans la transmission d'information à la population.

Les actions de communication se feront tout en tenant compte des activités provinciales de communication en provenance du Ministère. La Régie régionale privilégie de rejoindre le plus directement possible la population de la Montérégie et pour ce faire, elle verra à diversifier la diffusion des messages et des outils de communic ation utilisés selon l'impact de ces derniers sur la population.

Le plan triennal de consolidation des services de santé et des services sociaux en Montérégie sera le point d'ancrage du plan régional de communication 1999-2002 élaboré et coordonné par la Régie régionale. Ce plan régional donnera lieu à une évaluation des activités de communication réalisées.

5.6 ÉVALUATION

En matière d'évaluation, la Régie régionale « a princ ipalement pour objets ... d'évaluer, dans la région, les orientations et politiques élaborées par le ministre ... et aussi ... d'établir les plans d'organisation de services de son territoire et d'évaluer l'efficacité des services ».[21] De plus, « la Régie régionale veille au respect des priorités de santé et de bien-être et à l'atteinte des objectifs de santé et de bien-être et, à cette fin, elle évalue ... l'efficacité des services de santé et des services sociaux, le degré d'atteinte des objectifs poursuivis et le degré de satisfaction des usagers à l'égard des services .»[22]

Malgré cela, au cours des dernières années, au-delà de la surveillance de la réalisation des services offerts par les différents établissements et partenaires qu'elle finance, la Régie régionale n'a été active en matière d'évaluation essentiellement que dans le cadre du Programme régional de santé publique et des priorités régionales de santé et de bien-être, laissant donc peu de visibilité à cette fonction dans les autres programmes régionaux de services.

Par ailleurs, le réseau de la santé et des services sociaux de la Montérégie est, pour sa part, fréquemment sollicité par différents groupes de recherche présents dans les régions universitaires voisines. À ce propos, la Montérégie est la seule région du Canada qui, avec plus d'un million d'habitants, ne possède pas en son sein un centre de recherche en santé reconnu par les organismes nationaux de subventions en recherche.

Dans le cadre de la consolidation de la fonction d'évaluation, tout en maintenant son engagement en ce sens dans le Programme régional de santé publique et dans les priorités régionales de santé et de bien-être, la Régie régionale entend :

- soutenir le financement de projets de recherche évaluative sur l'organisation des services, leur efficacité et leur rendement s'adressant tout particulièrement aux grands programmes régionaux de santé physique, santé mentale, personnes âgées en perte d'autonomie, jeunes en difficulté et leur famille, alcoolisme et toxicomanie, déficience physique et déficience intellectuelle. Ces projets de recherche devraient être réalisés à l'extérieur de la Régie régionale par des groupes de recherche reconnus pour leur expertise dans les domaines de la santé et de la recherche sociale;
- en parallèle, stimuler l'émergence en Montérégie, d'un ou de plusieurs groupes de recherche évaluative qui pourraient se développer en utilisant, entre autres, les crédits en provenance de la Régie régionale.

En fait, en 1998-1999, la Régie régionale a mis de l'avant un fonds de départ dédié à la recherche évaluative. La Régie régionale qui gère ce fonds récurrent et en développement devra, pour répondre aux orientations citées ci-dessus, s'assurer :

- que les objets de recherche admissibles au programme seront soumis à une démarche de « priorisation » avec les établissements et partenaires avant d'être proposés au conseil d'administration de la Régie régionale;
- qu'avec la collaboration, s'il y a lieu, du Fonds de recherche en santé du Québec (FRSQ) et du Conseil québécois de recherche sociale (CQRS), la pert inence et la qualité scientifiques des projets seront jugées, la qualité scientifique faisant référence à l'ensemble des méthodes quantitatives et qualitatives reconnues comme appropriées dans les domaines de la recherche en santé et de la recherche sociale;
- que des devis de recherche tiennent compte de la culture des établissements et organismes participant à ces projets de recherche évaluative;
- de l'adéquation entre les projets et devis de recherche évaluative et les cadres de référence adoptés par la Régie régionale (en rapport avec l'évaluation des activités financées dans les établissements ou les organismes communautaires et bénévoles);
- qu'elle facilitera le développement d'un ou, éventuellement, de plusieurs groupes en recherche évaluative qui, tout en étant affiliés à des universités actives en Montérégie :
  - s'impliqueront dans la formation des intervenants du réseau de la santé et des services sociaux, aux principes et méthodes de la recherche évaluative;
  - seront les plus susceptibles d'obtenir du financement des organismes subventionnaires en re-cherche sur la santé et en recherche sociale au Québec et au Canada;
  - seront aptes, dans le cadre de l'ensemble des programmes clientèle de la région, à créer des alliances avec des bailleurs de fonds en Montérégie pour le financement et la réalisation de projets de recherche évaluative.

[21] Loi sur la santé et les services sociaux, Gouvernement du Québec, article 340, 1991.

[22] Loi sur la santé et les services sociaux, Gouvernement du Québec, article 346, 1991.

5.7 ENSEIGNEMENT ET RECHERCHE

Le réseau d'enseignement et de recherche en santé et services sociaux en Montérégie évolue autour des établissements collégiaux et universitaires offrant des programmes de formation professionnelle de niveau collégial et de 1er et 2e cycles universitaires et autour des établissements ou organismes agissant comme milieu de stage.
Le réseau collégial offre l'enseignement technique de santé et dans certaines techniques sociales.
Le réseau universitaire offre :
au 1er cycle :
des programmes de certificat en santé communautaire, maintien à domicile, gérontologie, santé et sécurité au travail et intervention psychosociale et toxicomnie;
au 2e cycle :
des programmes en toxicomanie, santé communautaire, droit de la santé, sciences cliniques et éthique appliquée.
Le milieu de perfectionnement (stages) pour différents programmes en sciences de la santé qui sont dispensés par les universités québécoises est, par contre, plus développé que le milieu de formation de 1er, 2e et 3e cycles pour ce qui est de la formation universitaire des professionnels appelés à travailler dans le réseau de la santé et des services sociaux de la Montérégie.
L'organisation des stages cliniques est concentrée principalement autour de deux établissements :

- l'Hôpital Charles-LeMoyne qui est affilié à l'Université de Sherbrooke pour les programmes d'enseignement suivants : médecine de famille (clinique ambulatoire, urgence, gériatrie et obstétrique), médecine interne, soins intensifs, chirurgie, psychiatrie, neurologie, santé publique, traumatologie, maladies infectieuses et qui gère également un centre de recherche clinique;
- le CLSC St-Hubert qui est affilié à l'Université de Montréal dans sept disciplines : médecine de famille, soins infirmiers, travail social, ergothérapie, physiothérapie, nutrition et psychologie.

D'autres établissements servent de milieu de stage pour différentes disciplines en santé et services sociaux et concluent des ententes de services avec les universités ou les réseaux de recherche. Également, la Régie régionale a conclu une entente avec l'Université de Sherbrooke pour l'enseignement en santé publique.

Quant au milieu de la recherche, il est relativement peu développé sauf que le terrain montérégien est un territoire convoité par les équipes de recherche présentes dans les régions universitaires avoisinantes.

Les orientations principales entourant la réforme des services de santé et des services sociaux (priorités sur les soins et services de première ligne, virage promotion-prévention, évaluation des programmes et des services) devraient idéalement être soutenues par des programmes de formation et des activités de recherche adaptés aux besoins de la région et développés dans des établissements du réseau de soins et de services.

5.7.1 *ORIENTATIONS RÉGIONALES*

La Régie régionale veut s'assurer que les activités d'enseignement et de recherche qui se déroulent en Montérégie soient en lien étroit avec les besoins des établissements et des organismes et soient orientées en partie vers la dimension d'évaluation des services et des systèmes de soins et services.
La Régie régionale considère important que le développement des infrastructures d'enseignement et de recherche se fasse tant pour les services de santé que pour les services sociaux et que ce développement s'assure de la plus grande intégration possible entre ces deux champs.
Le développement doit toutefois passer par des initiatives venant des établissements en association avec les universités ou les réseaux de recherche. La Régie régionale entend toutefois soutenir les établissements dans la confirmation de leur statut universitaire comme c'est le cas pour le processus de désignation universitaire dans le réseau de la santé et des services sociaux.
La Régie régionale reconnaît enfin que les établissements universitaires doivent avoir tout le support nécessaire afin que leur structure de financement soit ajustée en fonction des impératifs de leur triple vocation d'enseignement, de recherche et de dispensation de services.
C'est ainsi que la Régie régionale entend travailler :

- de concert avec les universités et le ministère de l'Éducation pour que les activités académiques en établissement soient financées de façon adéquate;
- avec les différents fonds de recherche en santé et services sociaux et les autres bailleurs de fonds pour augmenter la part de financement accordée au développement de centres et d'équipes de recherche en Montérégie;
- pour s'assurer des meilleures stratégies de financement autant pour les programmes de services à l'intérieur desquels se déroulent les activités d'enseignement et de recherche que pour le financement des immobilisations et l'acquisition ou le remplacement des équipements nécessaires pour supporter la mission des centres universitaires.

Dans un ordre d'idées parallèle, si le réseau de la santé et des services sociaux de la Montérégie se prête bien au développement d'activités d'enseignement et de recherche, il en est certes tout autant pour des activités en santé internationale qui pourraient, entre autres, être développées à partir de ces mêmes activités. La Régie régionale entend faciliter le développement de structures permettant d'exploiter et de rentabiliser le potentiel de rayonnement de la région en santé internationale.

5.7.2 Priorités d'action

Dans la perspective de développer en Montérégie un réseau de santé et de services sociaux où peuvent être retrouvés les éléments nécessaires au maintien de la qualité et au développement de l'expertise, la Régie régionale préconise de :

- **soutenir le développement d'un centre affilié universitaire en milieu hospitalier, soit l'Hôpital Charles-LeMoyne;**
- **soutenir les démarches du centre de recherche clinique de l'Hôpital Charles-LeMoyne vers l'obtention de reconnaissances par le Fonds de recherche en santé du Québec (FRSQ);**
- **soutenir le développement d'un centre affilié universitaire en milieu de CLSC, soit le CLSC Saint-Hubert.**

SECTION IV

6. IMPORTANCE D'ÉVALUER LES RÉSULTATS DU PLAN DE CONSOLIDATION

Le principal objectif du présent plan de consolidation est de préciser les changements tangibles qui font consensus dans le réseau de la santé et des services sociaux de la Montérégie. Il comporte donc des engagements qui se traduiront au cours des prochaines années par des processus à mettre en œuvre, des activités ou des services à consolider ou à développer et des objectifs de résultats à atteindre.
Un plan d'évaluation utile et réaliste reste à élaborer pour apprécier les processus requis et pour mesurer les résultats de nos engagements dans une double perspective : un monitorage évaluatif et une évaluation de l'atteinte des objectifs poursuivis. Le contenu du plan de consolidation influence donc le choix des questions centrales qui feront l'objet d'un suivi et d'évaluations spécifiques. À titre d'illustration, mentionnons notamment les questions d'évaluation suivantes :

- Dans quel sens évolue l'accessibilité aux services de première ligne et aux services spécialisés?
- Est-ce que l'allocation des ressources financières et matérielles est conforme aux orientations financières du plan de consolidation?
- Le développement des activités de promotion de la santé et de prévention est-il cohérent avec les orientations du plan de consolidation?
- Dans quel sens évolue la satisfaction des usagers?
- Etc.

L'atteinte des objectifs de services fera l'objet d'un bilan annuel sur une base continue alors que l'atteinte des objectifs santé et de bien-être se réalisera à partir d'évaluations ciblées sur une période de trois à cinq ans.

Lorsque le plan de consolidation 1999-2002 sera adopté, le plan d'évaluation qui sera élaboré prendra en considération un tronc commun d'indicateurs pour en assurer le suivi. Soulignons que pour la Régie régionale, le mandat d'évaluation vise essentiellement des programmes ou des services et contribue également à l'évaluation des politiques en matière de santé et de services sociaux. Par ailleurs, lorsque l'évaluation abordera un des objets retenus au « document ministériel portant sur l'évaluation des organismes communautaires et bénévoles », la Régie respectera ce cadre. Un processus de consultation est également requis auprès des différents acteurs et partenaires clés en Montérégie afin de déterminer le choix des questions centrales au plan d'évaluation ainsi que le choix des indicateurs retenus par le Ministère et la Régie régionale. Le plan d'évaluation définitif sera déposé au printemps 1999 et mis en application pour le premier exercice financier du plan de consolidation.

7. VERS UN PLAN D'ACTION

Le plan de consolidation 1999-2002 constitue le document privilégié permettant d'ajuster les services de santé et les services sociaux à l'évolution des besoins de la population de la Montérégie.
De plus, il apporte des précisions quant aux structures à consolider pour favoriser l'accessibilité et la continuité des services à la population montérégienne.
L'exercice du plan de consolidation a permis :

- d'identifier les forces et les carences de l'organisation actuelle de services;
- d'identifier les meilleurs moyens d'optimiser les services et activités, tout en s'assurant de leur continuité;
- de dégager un consensus régional sur les actions considérées prioritaires pour les trois prochaines années;
- d'identifier des activités d'évaluation continue des mesures proposées.

La réalisation du plan du consolidation doit tenir compte de certaines conditions, soit :

- impliquer les intervenants du réseau et hors réseau dans le processus de changement pour faciliter leur adhésion au plan;
- agir de façon concertée et convergente;
- utiliser les structures participatives comme moyen de mobilisation du réseau;
- respecter, dans l'élaboration des projets et des programmes, certains critères susceptibles d'optimiser l'efficacité des différentes mesures;
- convenir avec l'ensemble des partenaires de mécanismes de suivi et de rétroaction à l'égard des différents projets et programmes;
- s'orienter vers un mode de budgétisation qui corresponde aux exigences de l'intervention en santé publique et autres programmes clientèle par la mise en place de mécanismes de protection des sommes investies.

Des travaux sont déjà en cours pour transposer dans le cadre d'un plan d'action annuel les orientations régionales et les priorités d'action retenues dans le plan de consolidation. Ce plan d'action viendra détailler les moyens de réalisation pour chacun des programmes clientèle de même que pour les problématiques communes à tous les programmes clientèle et les activités structurantes ou de support au réseau.

Il comprendra également une évaluation des coûts des activités prioritaires et un échéancier de réalisation.

8. SOURCES DOCUMENTAIRES

8.1 PROVENANCE DES AVIS DANS LE CADRE DES AUDIENCES

Alerte Santé Inc.
Alliance des infirmières de Montréal
Alliance-Québec
Association des ressources alternatives en santé mentale de la Montérégie
Association de la sclérose en plaques Rive-Sud et la Corporation Le Foyer St-Antoine et son Auberge
Association de parents de l'enfance en difficulté de la Rive-Sud, Montréal, Ltée (APEDRSM)
Association des centres d'accueil privés autofinancés (ACAPA)
Association des devenus sourds et malentendants du Québec Secteur Rive-Sud
Association des familles soutien des aînés de St-Hubert
Association des gestionnaires des établissements de santé et de services sociaux
Association des médecins de CLSC du Québec
Association des médecins omnipraticiens de Yamaska du Richelieu/Saint-Laurent et du Sud-Ouest
Association des parents et amis de la personne atteinte de maladie mentale de la Montérégie (APAMM)
Association des ressources intermédiaires d'hébergement du Québec (ARIHQ)
Association des Sourds du Haut-Richelieu
Association des traumatisés cranio-cérébraux, Région Montérégie
Association professionnelle des technologistes médicaux du Québec (APTMQ)
AVIF (Châteauguay), Le Passeur (Sorel), Ressource pour hommes (Granby) et Via L'Anse (Valleyfield)
Centrale des professionnelles et professionnels de la santé
Centrale des syndicats démocratiques Secteurs réunis Affaires sociales (CSD)
Centrale des syndicats nationaux (CSN) Conseil central de la Montérégie
Centre d'aide et de lutte des agressions à caractère sexuel de la Montérégie (CALACS Montérégie)
Centre d'assistance et d'accompagnement aux plaintes (CAAP) Montérégie
Centre de prévention du suicide de la Haute-Yamaska et le centre de prévention du suicide du Haut-Richelieu
Centre de prévention suicide de la Haute-Yamaska Inc.
Centre montérégien de réadaptation (CMR)
Centres de réadaptation Le Virage Pavillon Foster
Châteauguay Valley English-Speaking People Association (CVESPA)
CLSC La Presqu'Ile
Coalition santé mentale
Collectif de défense des droits de la Montérégie
Comité programme clientèle santé mentale et consultations psychosociales territoire Brome-Missisquoi
Conférence régionale des hôpitaux de la Montérégie
Conseil provincial des affaires sociales du Syndicat canadien de la fonction publique (SCFP)
Fédération des infirmières et infirmiers du Québec (FIIQ)
Fédération des médecins spécialistes du Québec
Groupe d'entraide pour un mieux-être (GEME)
Hébergement La C.A.S.A. Bernard-Hubert
Institut Nazareth et Louis-Braille (INLB)
Les Centres Butters-Savoy et Horizon
Les Centres jeunesse de la Montérégie
Les CLSC et CHSLD de La Pommeraie
Les Maisons d'hébergement jeunesse de la Montérégie
Membres du département de médecine spécialisée - Hôpital du Haut-Richelieu
Ordre des ergothérapeutes du Québec
Ordre professionnel des physiothérapeutes du Québec
Ordre régional des infirmières et infirmiers de la Montérégie
Organisme familial Centre de solidarité familial sourire sans faim
Regroupement d'associations de personnes handicapées de la Rive-Sud et de Richelieu-Yamaska

Regroupement des associations québécoises pour les droits des retraités (AQDR)
Regroupement des centres d'action bénévole de la Montérégie (CAB)
Regroupement des Centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) privés conventionnés
Regroupement des Centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) de la Montérégie
Regroupement des CLSC de la Montérégie
Regroupement des commissions scolaires de la Montérégie
Regroupement des maisons de jeunes du Québec, section Montérégie (RMJQM)
Regroupement des organismes communautaires en toxicomanie
Regroupement des organismes de justice alternative de la Montérégie
Regroupement québécois des intervenants en action communautaire en CLSC et en centre de santé
Syndicat professionnel des diététistes du Québec
Syndicats de la Montérégie affiliés à la Fédération du personnel de la santé et des services sociaux CEQ (FPESS- CEQ)
Table de concertation des groupes de femmes de la Montérégie
Table des centres de femmes de la Montérégie
Table des partenaires - Direction régionale de la Montérégie - Ministère Relations avec les citoyens et de l'immigration
Table régionale de promotion des services en déficience physique de la Montérégie (TRDP)
Table régionale des organismes communautaires et bénévoles de la Montérégie (TROCM)
Townshippers Association

8.2 SOURCES BIBLIOGRAPHIQUES

Général

GOUVERNEMENT DU QUÉBEC. *Loi sur les services de santé et les services sociaux et modifiant diverses dispositions législatives. L.R.Q. c. S-4.2*, Québec, Éditeur officiel, septembre 1991.

GOUVERNEMENT DU QUÉBEC, MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Fiches pour les consultations de l'automne :* , Rendez-vous d'automne de la santé en Montérégie/Comité *ad hoc* du ministère de la Santé et des Services sociaux, Québec, Le MSSS, 1997, 15 fiches.

GOUVERNEMENT DU QUÉBEC, MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *La santé et les services sociaux : Enjeux et orientations stratégiques d'un système en transformation*, Québec, Le MSSS, 1996, 46 pages.

GOUVERNEMENT DU QUÉBEC, MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Les services à la population 1998-1999 à 2000-2001*, Québec, Le MSSS, 1998, 11 pages.

GOUVERNEMENT DU QUÉBEC, MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Santé et services sociaux : nos convictions, les assises du système*, Québec, Le MSSS, 1998, 7 pages.

GOUVERNEMENT DU QUÉBEC, MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Santé et services sociaux : notre souci, toujours mieux informer la population*, Québec, Le MSSS, 1998, 11 pages.

GOUVERNEMENT DU QUÉBEC, MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Une réforme axée sur le citoyen*, Québec, Le MSSS, 1990, 91 pages ; annexes.

GOUVERNEMENT DU QUÉBEC, MINISTÈRE DES RELATIONS AVEC LES CITOYENS ET DE L'IMMIGRATION. *Recensement 1996, compilation spéciale*, Le MRCI, 1996.

PELLETIER, Gilles. Service de l'analyse statistique. *La population du Québec par territoire de CLSC, de DSC et de RSS, pour la période 1981 à 2016*, collection Données statistiques et indicateurs, Québec, Ministère de la santé et des services sociaux. Direction générale de la planification et de l'évaluation, 1996, 224 p.

RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA MONTÉRÉGIE. *Plan de reconfiguration du réseau de la santé et des services sociaux en Montérégie : cadre de référence pour fins de consultation*, Longueuil, La RSSSM, 1996, 19 pages; annexes.

RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA MONTÉRÉGIE. *Plan stratégique de modernisation des infrastructures administratives et de support de la santé et des services sociaux de la Montérégie : Une contribution de la Montérégie à l'objectif national du déficit zéro pour l'an 2000*, Longueuil , La RRSSSM, 1997, 23 pages.

RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA MONTÉRÉGIE. *Vers un virage santé et bien-être : Plan stratégique 1995-1998 de transformation du système-Montérégie*, Longueuil , La RRSSSM, 1995, 46 pages.

Alcoolisme, Toxicomanie et Itinérance

BRISSON, Pierre. *L'approche de réduction des méfaits : sources, situation, pratiques*, Montréal, Comité permanent de lutte à la toxicomanie, 1997, 109 pages.

COMITÉ INTERMINISTÉRIEL SUR L'ITINÉRANCE. *Le phénomène de l'itinérance au Québec : Protocole interministériel*, Québec, Ministère de la santé et des services sociaux, 1993, 36 pages.

GOUVERNEMENT DU QUÉBEC. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Plan d'action en toxicomanie 1999-2001*, 1998, 43 pages.

RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA MONTÉRÉGIE *Plan régional d'organisation de services en toxicomanie - Montérégie*, Longueuil, La RRSSSM, 1995, 170 pages.

Déficience intellectuelle

MORIN, Louise. *L'organisation des services aux personnes autistes, à leur famille et à leurs proches : Guide de planification et d'évaluation*, Québec, Ministère de la santé et des services sociaux, 1996, 103 pages.

RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA MONTÉRÉGIE. *Plan régional d'organisation de services en déficience intellectuelle - Montérégie-*, Longueuil, La RRSSSM, 1995, 135 pages.

Déficience physique

RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA MONTÉRÉGIE. *Plan régional d'organisation de services pour les personnes ayant une déficience physique*, Longueuil, La RRSSSM, 1995, 118 pages.

Jeunes en difficulté et leur famille

BOUCHARD, Nathalie, MOREAU Michelle. *Le jeune enfant et ses parents : Une croissance et des compétences à valoriser et à soutenir*, Québec, Le MSSS, Service des programmes à l'enfant, à la jeunesse et à la famille, 1995, 29 pages.

GOUVERNEMENT DU QUÉBEC, COMITÉ CONSULTATIF SUR LE DÉVELOPPEMENT DE SOLUTIONS DE RECHANGE EN MATIÈRE DE PLACEMENT D'ENFANTS. *Vers un continuum de services intégrés à la jeunesse : Les solutions de rechange au placement des jeunes*, Québec, Le MSSS, 1994, 59 pages.

GOUVERNEMENT DU QUÉBEC, GROUPE D'EXPERTS POUR LES JEUNES EN DIFFICULTÉ. *Un Québec fou de ses enfants : Rapport du groupe de travail pour les jeunes*, Québec, Direction des communications, 1991, 179 pages. (Rapport Bouchard)

GOUVERNEMENT DU QUÉBEC, MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Au nom ... et au-delà de la loi : Rapport du groupe de travail chargé d'étudier l'application de la Loi sur les jeunes contrevenants au Québec*, Québec, Le MSSS, 1995, 275 pages (Jasmin II).

GOUVERNEMENT DU QUÉBEC, MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Maintenant et pour l'avenir... La jeunesse : Guide de soutien à l'implantation du plan d'action jeunesse à l'intention de la régie régionale et de ses partenaires*, Qué., Le MSSS, Direction de l'adaptation sociale, 1995, 114 pages.

GOUVERNEMENT DU QUÉBEC, MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Plan d'action ministériel pour le secteur des jeunes contrevenants*, Québec, Le MSSS, 1996, 60 pages.

GOUVERNEMENT DU QUÉBEC, MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX.COMITÉ JEUNESSE. *Pour une stratégie de soutien du développement des enfants et des jeunes. Agissons en complices*, Québec, Le MSSS, 1998, 76 pages. (Rapport Cliche)

GOUVERNEMENT DU QUÉBEC. GROUPE D'EXPERTS EN ORGANISATION CLINIQUE EN MATIÈRE JEUNESSE, *État de la situation et recommandations au regard des listes d'attente en protection de la jeunesse et de l'accessibilité aux services à la jeunesse*, en date du 24 juin 1998, Qué, Le Ministère de la santé et des services sociaux, 111 p.

RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA MONTÉRÉGIE. *Ensemble! Au service des jeunes et de leur famille : Pour une meilleure adaptation sociale : Plan régional d'organisation des services pour les jeunes de 0 à 17 ans en difficulté ou à risque de l'être et leur famille*, Longueuil, La RRSSSM, 1996, 111 pages; annexes.

Personnes âgées en perte d'autonomie

GOUVERNEMENT DU QUÉBEC, MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Lignes directrices pour des services continus aux personnes âgées en perte d'autonomie*, document de travail, Québec, Le MSSS, 1998, 28 pages.

RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA MONTÉRÉGIE. *Plan régional d'organisation des services pour les personnes âgées - Montérégie -*, Longueuil, La RRSSSM, 1996, 233 pages.

Santé mentale

DORVIL, Henri, GUTTMAN, Herta A. *et al. Défis de la reconfiguration des services de santé mentale : pour une réponse efficace et efficiente aux besoins des personnes atteintes de troubles mentaux graves*, Québec, Le Ministère de la santé et des services sociaux, Comité de la santé mentale, 1997, 264 pages.

GOUVERNEMENT DU QUÉBEC, MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Orientations pour la transformation des services de santé mentale : Document de consultation*, Qué. , Le MSSS, Direction de la planification et de l'évaluation, 1997, 51 pages.

GOUVERNEMENT DU QUÉBEC,COMITÉ DE PILOTAGE DU PLAN D'ACTION SUR LA TRANSFORMATION DES SERVICES DE SANTÉ MENTALE. *Plan d'action pour la transformation des services de santé mentale*, Québec, Le Ministère de la santé et des services sociaux, 1998, 46 p.

MERCIER, Guy, SAINT-LAURENT, Danielle. *S'entraider pour la vie : Stratégie québécoise d'action face au suicide*, Québec, Le Ministère de la santé et des services sociaux, 1998, 94 pages.

POTVIN, Nelson. *Bilan d'implantation de la politique santé mentale*, Québec, Le Ministère de la santé et des services sociaux, 1997, 159 pages.

RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA MONTÉRÉGIE. *Plan régional d'organisation des services en santé mentale : Document complémentaire*, Longueuil, La RRSSSM, Direction de la planification, de l'évaluation et de l'informatique, 1996, 56 pages; annexe.

Santé physique

BELL. TÉLÉMÉDECINE-SOLUTION SERVICES DE SANTÉ BELL, (page consultée le 11 mars 1997), adresse URL : http//198.235.69.82/bell/fr/produits/santé/telemd_f.htm

CLERMONT, Michel et SIOUI-DURAND, Guy. *L'adaptation des services sociaux et de santé aux réalités homosexuelles : Orientations ministérielles,* Gouvernement du Québec, Québec, Le MSSS, 1997, 33 pages.

GOUVERNEMENT DU QUÉBEC, COMITÉ CONSULTATIF SUR LE CANCER. *Pour une meilleure compréhension des besoins des personnes atteintes de cancer, Québec,* Le Ministère de la santé et des services sociaux, 1995, 89 pages.

GOUVERNEMENT DU QUÉBEC, COMITÉ QUÉBÉCOIS SUR L'APPROVISIONNEMENT, LA GESTION ET LA DISTRIBUTION DU SANG. *Le système de sang au Québec,* Québec, Le Ministère de la santé et des services sociaux, 1996, 58 pages.

GOUVERNEMENT DU QUÉBEC, COMITÉ SUR LES DONS ET LES GREFFES D'ORGANES ET DE TISSUS. *Les dons et les greffes d'organes et de tissus au Québec : rapport du Comité sur les dons et les greffes d'organes et de tissus,*. Québec, Le Ministère de la santé et des services sociaux, 1997, 49 pages.

GOUVERNEMENT DU QUÉBEC. CONSEIL MÉDICAL DU QUÉBEC. *Vue d'ensemble des propositions du Conseil médical du Québec pour l'édification d'un système efficient de soins de santé et de services médicaux,* Sillery : Le CMQ, 1996, 38 pages.

GOUVERNEMENT DU QUÉBEC , MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Gestion et suivi de la dialyse rénale,* Québec, Le MSSS, 1995, (La dialyse ; 3), 1995, 27 pages, annexes

GOUVERNEMENT DU QUÉBEC, MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICE SOCIAUX. *La dialyse et son organisation,* Québec, Le MSSS, 1995, (La dialyse ; 1), 98 pages, annexe.

GOUVERNEMENT DU QUÉBEC, MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Orientations ministérielles en matière de planification des naissances,* Québec, Le MSSS, 1995, 32 pages.

GOUVERNEMENT DU QUÉBEC, MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Plan d'action sur l'accessibilité, l'efficience des services de laboratoire,* Québec, Le MSSS, 1995, pagination multiple.

GOUVERNEMENT DU QUÉBEC, MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Politique de périnatalité,* Québec, Le MSSS, 1993, 101 pages.

GOUVERNEMENT DU QUÉBEC, MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Pratique des sages-femmes: Recommandations ministérielles,* Québec, Le MSSS, 1998, 36 pages.

GOUVERNEMENT DU QUÉBEC, MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Problèmes de vie et distribution géographique des personnes dialysées,* Québec, Le MSSS, 1995, (La dialyse ; 2), 204 pages.

GOUVERNEMENT DU QUÉBEC, MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Rapport des groupes de travail sur les stimulateurs cardiaques et les défibrillateurs internes,* Québec, Le MSSS, juin 1997.

GROUPE TACTIQUE D'INTERVENTION ET ASSOCIATION DES MÉDECINS D'URGENCE. *Les urgences au Québec 1990-1997 : Bilan, perspectives et normes,* Québec, Le MSSS, 1998, 50 pages.

PAUCHANT, Thierry et *al*. *Le réseau de la santé et des services sociaux de la Montérégie, ses partenaires et les citoyens face à la tempête du verglas de l'hiver 1998 : évaluation et recommandations,* Longueuil, La RRSSSM, document de travail, novembre 1998.

RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA MONTÉRÉGIE *Cadre de référence : Services préhospitaliers d'urgence,* Longueuil , La RRSSSM, Direction de la coordination des services à la clientèle,1995, 47 pages.

RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA MONTÉRÉGIE *Plan d'action en dialyse rénale 1997-2000,* Longueuil, La RRSSSM, 1997, 20 pages.

RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA MONTÉRÉGIE.. *Plan de services en cancérologie de la Montérégie,* Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie, Longueuil, La Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie, 1997, 175 pages.

RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA MONTÉRÉGIE *Plan régional de soins et services en santé physique en Montérégie 1999-2002,* Longueuil, La RRSSSM, 1999, 65 pages.

RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA MONTÉRÉGIE *Plan régional des effectifs médicaux 1997-2000 en Montérégie : 1. Plan régional des effectifs médicaux spécialisés,* mars 1998; 2. *Plan régional des effectifs médicaux en omnipratique,* Longueuil , La RRSSSM, septembre 1998.

Santé publique

GOUVERNEMENT DU QUÉBEC, DIRECTION GÉNÉRALE DE LA SANTÉ PUBLIQUE. *Stratégie québécoise de lutte contre le SIDA 1997-2002,* Québec, Le MSSS, 1997, 31 pages.

GOUVERNEMENT DU QUÉBEC, MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *La Politique de la santé et du bien-être,* Québec, Le MSSS, 1992, 192 pages.

GOUVERNEMENT DU QUÉBEC, MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Programme québécois de dépistage du cancer du sein : Cadre de référence,* Québec, Le MSSS, Direction générale de la santé publique, 1996, 67 pages.

RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA MONTÉRÉGIE *Plan triennal d'action de la Montérégie 1994-1997 sur la Politique de la santé et du bien-être,* Longueuil, La RRSSS Montérégie, 1995.

RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA MONTÉRÉGIE. *Programme régional de santé publique - Montérégie,* Longueuil, La RRSSSM, Direction de la santé publique, 1996, 98 pages.

VALENTINI, Hélène. *Priorités nationales de Santé publique 1997-2002,* Québec, Le Ministère de la santé et des services sociaux, 1997, 103 pages.

Violence faite aux femmes et autres formes de violence

GOUVERNEMENT DU QUÉBEC, MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, MINISTÈRE DE LA SÉCURITÉ PUBLIQUE, MINISTÈRE DE LA JUSTICE ET AL. *Les agressions sexuelles : Stop : Rapport du groupe de travail sur les agressions à caractère sexuel,* Québec, Les ministères, 1995, 175 pages.

GOUVERNEMENT DU QUÉBEC, MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, MINISTÈRE DE LA JUSTICE, SECRÉTARIAT À LA CONDITION FÉMININE *ET AL. Politique d'intervention en matière de violence conjugale : Prévenir, dépister, contrer la violence conjugale,* Québec, Les ministères, 1995, 2 volumes.

Organismes communautaires et bénévoles

GOUVERNEMENT DU QUÉBEC, MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. COMITÉ MINISTÉRIEL SUR L'ÉVALUATION. *L'évaluation des organismes communautaires et bénévoles, Québec,* Le MSSS, 1997, 75 pages; annexes.

GOUVERNEMENT DU QUÉBEC, MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX ET RÉGIES RÉGIONALES DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Programme de soutien aux organismes communautaires.*

Territorialité

DESCHÊNES, Jean-Claude *et al. Examen des responsabilités respectives du ministère de la Santé et des Services sociaux, des régies régionales et des établissements: réflexions et propositions,* Québec, Le MSSS, décembre 1996, 146 pages.

GOUVERNEMENT DU QUÉBEC, SECRÉTARIAT AU DÉVELOPPEMENT DES RÉGIONS. *Politique de soutien au développement local et régional,* Ste-Foy, Les Publications du Québec, 1997, 50 pages.

Communications

OPINION IIMPACT. *Perception de l'opinion publique et réactions face à la transformation du réseau*, Longueuil, La Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie, décembre 1996, 119 pages; annexes.

RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA MONTÉRÉGIE *Plan régional de communication-Montérégie1996-1998*, Longueuil, La RSSSM, 1997.